

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

**JUDUL KTI : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. W
DENGAN DIABETES MELITUS TIPE II
PADA KATZ INDEKS A DI KP. TARAJU
RT.003/RW 004 DESA SALAMNUNGAL
KECAMATAN LELES KABUPATEN GARUT**

PENYUSUN : SHELOMITA ANANDA RAMDANI

NIM : KHGA22087

Garut, 30 Juli 2025

Menyetujui,

Pembimbing



Scanned with CamScanner

Dede Suharta, S.Kep., M.Kep.

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

**JUDUL KTI : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. W
DENGAN DIABETES MELITUS TIPE II
PADA KATZ INDEKS A DI KP. TARAJU
RT.003/RW 004 DESA SALAMNUNGAL
KECAMATAN LELES KABUPATEN GARUT**

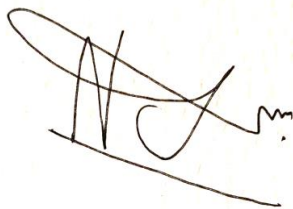
PENYUSUN : SHELOMITA ANANDA RAMDANI

NIM : KHGA22087

Garut, 30 Juli 2025

Menyetujui,

Penguji 1



Tantri Puspita, S.Kep., Ners., M.N.S

Mengetahui,

Ka. Prodi D III Keperawatan



K. Dewi Budiarti, M.Kep.

Penguji 2



Dr. NS. Iwan Wahyudi, M.Kep

Mengetahui,

Pembimbing



Dede Suharta, S.Kep., M.Kep.

Abstrak

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. W DENGAN DIABETES MELITUS TIPE II PADA KATZ INDEKS A DI KP. TARAJU RT.003/RW 004 DESA SALAMNUNGGAL KECAMATAN LELES KABUPATEN GARUT

Diabetes melitus tipe II merupakan penyakit kronis yang umum terjadi pada lansia, ditandai dengan peningkatan kadar glukosa darah akibat resistensi insulin dan gangguan metabolisme. Lansia dengan diabetes memiliki risiko tinggi mengalami komplikasi yang memengaruhi kemandirian dan kualitas hidup. Karya tulis ilmiah ini bertujuan untuk memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif pada lansia dengan diabetes melitus dengan pendekatan aspek biologis, psikologis, sosial, dan spiritual. Penelitian ini menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus terhadap satu orang klien, Ny. W, yang berdomisili di Kampung Taraju, Garut. Hasil pengkajian menunjukkan tiga diagnosa keperawatan utama: ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin, perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia, dan intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. Asuhan keperawatan dilakukan melalui lima tahap proses keperawatan mulai dari pengkajian hingga evaluasi dan dokumentasi. Hasil evaluasi menunjukkan adanya perbaikan sebagian pada kondisi klien. Karya tulis ini menunjukkan pentingnya penerapan proses keperawatan secara sistematis dan menyeluruh dalam menangani lansia dengan diabetes melitus tipe II.

Kata Kunci: Asuhan Keperawatan, Diabetes Melitus Tipe II, Lansia, Katz Indeks

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis sampaikan kepada Allah SWT, atas berkat rahmatnya penulis dapat menyelesaikan penyusunan karya tulis ilmiah ini dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. W Dengan Diabetes Melitus Pada Katz Indeks A Di Kampung Taraju RT.003 RW.004 Kelurahan Salamnunggal Kecamatan Leles Kab.Garut” tepat pada waktunya. Karya tulis ilmiah ini diajukan untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan Program Studi Diploma III Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut.

Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini penulis menerima bantuan, dan bimbingan serta pengarahan dari berbagai pihak baik moril maupun material. Oleh karena itu, dalam kesempatan ini penulis mengucapkan banyak terima kasih kepada:

1. Bapak Dr. H Hadiat, MA. Selaku Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut
2. Bapak H. Engkus Kusnadi S. Kep, Ners., M. Kep selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut
3. Ibu K. Dewi Budiarti, S. Kep, Ners., M.Kep. selaku Ketua Program Studi D III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut.
4. Bapak Dede Suharta, S.Kep., M.Pd selaku pembimbing institusi yang telah banyak memberikan bimbingan, arahan serta motivasi hingga selesainya penulisan karya tulis ilmiah ini.

5. Ibu Tantri Puspita, S.Kep., Ners., M.N.S selaku penguji I yang telah memberikan banyak masukan dan arahan serta bimbingan sehingga selesainya penulisan karya tulis ilmiah ini.
6. Bapak Dr. NS. Iwan Wahyudi, M.Kep selaku penguji II yang telah memberikan banyak masukan dan arahan serta bimbingan sehingga selesainya penulisan karya tulis ilmiah ini.
7. Ny. W dan keluarga Ny. W yang telah bekerjasama meluangkan waktu dan kesempatannya dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
8. Kepada Staff dan Dosen Stikes Karsa Husada Garut khusus prodi D III Keperawatan yang telah begitu banyak memberikan ilmu pengetahuan dan keterampilan yang bermanfaat serta motivasi selama penulis mengikuti pendidikan.
9. Sebagai ungkapan terimakasih, karya tulis ini penulis persembahkan kepada orang tua tercinta saya yaitu Ayah Roni Ramdani dan Bunda Henhen Rohina. Yang selalu menjadi penyemangat penulis sebagai sandaran terkuat dari kerasnya dunia, yang tiada hentinya selalu memberikan kasih sayang, doa dan motivasi dengan penuh keikhlasan yang tak terhingga kepada penulis. Terimakasih selalu berjuang untuk kehidupan penulis.
10. Terima kasih yang sebesar-besarnya kepada Teteh Sheren Mauluddina Rhamdani dan Abang Sherrell Aldric Ramdani tercinta. Terima kasih atas segala bentuk kasih sayang, semangat, serta perhatian yang tak henti-hentinya kalian berikan. Dukungan kalian dalam bentuk motivasi, candaan ringan di tengah kelelahan, hingga kesediaan untuk menemani di saat-saat sulit, telah menjadi

kekuatan tersendiri bagi penulis untuk tetap melangkah dan menyelesaikan karya ini. Doa dan dukungan dari kalian menjadi pengingat bahwa penulis tidak pernah sendiri dalam menjalani perjalanan ini.

11. Kepada Eky Bayu Saputra yang selalu senantiasa menemani dan selalu menjadi *support system* penulis dalam proses pengerjaan karya tulis ilmiah ini. Terimakasih telah mendengarkan keluh kesah, berkontribusi banyak dalam penulisan karya tulis ilmiah ini, baik dukungan, tenaga, waktu, materi, maupun senantiasa sabar menghadapi saya. Sekali lagi penulis ucapkan terimakasih telah menjadi bagian perjalanan saya dari awal masuk perkuliahan hingga penyusunan karya tulis ilmiah ini.
12. Kepada Moms moms Alien chichi yuniar A, Helida Safitri Isnaeni, Gia Zesika Pebrianti, Mikhaila Aluna Aurelia Terima kasih telah menemani sepanjang proses penulisan karya ini. Kehadiran kalian memberi kekuatan tersendiri, baik melalui kata-kata penyemangat, serta candaan yang menghibur di tengah lelah, maupun sekadar menjadi tempat bercerita saat pikiran mulai jenuh.
13. Terima kasih yang sedalam-dalamnya kepada Adinda Suci Sundari dan Triyani Suminar Dipura yang selalu menemani semasa kuliah. Terima kasih atas segala dukungan, semangat, candaan, serta kasih sayang yang telah kalian berikan sepanjang proses ini.
14. Kepada semua Teman-teman mahasiswa kelas 3B D3 Keperawatan yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu, kebersamaan dengan kalian semua adalah kenangan terindah dalam hidup penulis yang tak pernah terlupakan.

15. Kepada Shelomita Ananda Ramdani, Ya! diri saya sendiri Apresiasi sebesar-besarnya karena telah bertanggung jawab untuk menyelesaikan apa yang telah dimulai. Terimakasih karena terus berusaha dan tidak menyerah, serta senantiasa menikmati setiap prosesnya yang bisa dibilang tidak mudah. Terimakasih sudah bertahan.

Garut,30 Juli 2025

Shelomita Ananda Ramdani

DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

ABSTRAK

KATA PENGANTAR..... i

DAFTAR ISI..... iv

DAFTAR TABEL vii

DAFTAR GAMBAR..... viii

BAB I PENDAHULUAN 1

A. Latar Belakang 1

B. Tujuan Penulisan..... 4

C. Metode Telaah..... 5

D. Sistematika Penulisan 7

BAB II TINJAUAN TEORITIS 8

A. Konsep Dasar Lansia 8

1. Definisi Lanjut Usia 8

2. Batasan Lanjut Usia 9

3. Tipe Lansia..... 10

4. Proses Menua 10

5. Perubahan Akibat Penuan 11

B. Konsep Dasar Penyakit 16

1. Definisi..... 16

2. Klasifikasi Diabetes Melitus 17

3. Etiologi.....	18
4. Manifestasi Klinis.....	20
5. Patofisiologi	21
6. Path way.....	23
7. Penatalaksanaan	24
8. Komplikasi.....	27
9. Pemeriksaan Penunjang	29
C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan	31
1. Pengkajian.....	31
2. Analisa Data.....	50
3. Diagnosis Keperawatan	52
4. Perencanaan Keperawatan	53
5. Implementasi Keperawatan.....	62
6. Evaluasi Keperawatan.....	62
7. Dokumentasi Keperawatan	62
BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN.....	63
A. Tinjauan Kasus	63
1. Pengkajian.....	63
2. Analisa Data.....	83
3. Diagnosa Keperawatan	85
4. Perencanaan Keperawatan	87
5. Implementasi Dan Evaluasi	90
6. Catatan Perkembangan.....	93

B. Pembahasan.....	97
1. Pengkajian.....	97
2. Diagnosis Keperawatan	97
3. Perencanaan Keperawatan	98
4. Implementasi Keperawatan.....	99
5. Evaluasi Keperawatan.....	100
BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI.....	102
A. Kesimpulan	102
B. Rekomendasi.....	104
DAFTAR PUSTAKA.....	105

DAFTAR TABEL

1.1	Tabel Daftar 8 Penyakit Di Puskesmas Leles.....	3
2.1	Tabel Pengkajian Katz Indeks	38
2.2	Tabel Barthel Indeks.....	39
2.3	Tabel MMSE	41
2.4	Tabel SPMSQ	43
2.5	Tabel GDS	44
2.6	Tabel APGAR.....	46
2.7	Tabel Morse	47
2.8	Tabel Keseimbangan Lansia.....	48
2.9	Tabel Analisa Data	50
2.10	Tabel Perencanaan	53
3.1	Tabel ADL	70
3.2	Tabel Katz Indeks	71
3.3	Tabel Barthel Indeks.....	72
3.4	Tabel MMSE	74
3.5	Tabel SPMSQ	77
3.6	Tabel GDS	78
3.7	Tabel APGAR.....	79
3.8	Tabel Morse	80
3.9	Tabel Keseimbangan	82
3.10	Tabel Analisa Data	83
4.1	Tabel Perencanaan	87

4.2	Tabel Implementasi Dan Evaluasi	90
4.3	Tabel Catatan Perkembangan	93

DAFTAR GAMBAR

5.1 Gambar Pathway	22
5.2 Gambar Genogram	65

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Lansia merupakan salah satu kelompok rentan terkena penyakit diabetes karena pada proses penuaan banyak terjadi perubahan pada lansia salah satunya penurunan produksi insulin oleh sel beta yang menyebabkan peningkatan intoleransi glukosa pada lansia. Diabetes pada lanjut usia muncul karena adanya resistensi insulin, kekurangan massa otot dan terjadinya perubahan vascular, obesitas akibat kurangnya aktivitas fisik yang tidak diimbangi dengan asupan makan yang memenuhi syarat, serta sering mengkonsumsi obat-obatan, dan adanya *genetic*. Diabetes juga merupakan salah satu penyakit komorbid yang dapat meningkatkan angka kejadian mortalitas pada lansia bila terkena penyakit infeksi lainnya (Lariwu et al., 2024).

Diabetes Melitus menjadi risiko penyakit infeksi pada kelompok lanjut usia. Secara perlahan-lahan, Diabetes Melitus Tipe 2 menyebabkan kerusakan permanen pada pembuluh darah baik mikrovaskular (retinopati, neuropati) maupun makrovaskular (CAD, PAD, stroke) yang akhirnya menyebabkan kematian. Diabetes Melitus Tipe 2 merupakan penyakit yang berkembang secara bertahap dan kronis yang menyerang semua usia.

International Diabetes Federation (IDF) menyatakan bahwa pada tahun 2019 ada sekitar 463 juta orang rentang usia 20-79 tahun menderita

diabetes, yang terdiri dari 9% perempuan dan 9,65% laki-laki dan diperkirakan pada tahun 2040 penderita Diabetes Melitus Tipe 2 akan berada pada angka 642 juta penduduk (Infodatin Diabetes Melitus, 2020.). Indonesia menduduki peringkat keempat dari sepuluh besar di dunia dengan jumlah penderita DM terbanyak di dunia. Prevalensi Diabetes Melitus yang terdiagnosis pada tahun 2018, penderita terbesar berada pada kategori usia 55 sampai 64 tahun yaitu 6,3% dan 65 sampai 74 tahun yaitu 6,03% Sebagai salah satu provinsi dengan populasi terbesar di Indonesia, Jawa Barat memiliki 1,3% penyandang DM, meningkat menjadi 1,9% pada tahun 2018. Jumlah penderita diabetes melitus di Jawa Barat dari tahun 2019 hingga 2020 adalah 1.927.312 kasus (Lariwu et al., 2024).

Meningkatnya jumlah penderita diabetes merupakan salah satu dampak pertumbuhan masyarakat yang semakin tinggi berkontribusi pada peningkatan prevalensi penyakit diabetes melitus. Seiring dengan itu, perkembangan gaya hidup yang semakin tidak teratur mengakibatkan efek peningkatan berat badan, diet, dan gaya hidup, makanan yang tidak sehat dan gaya hidup yang sekunder yang tidak teratur menyebabkan peningkatan jumlah penderita diabetes. Salah satu penyebab peningkatan prevalensi diabetes melitus dapat disebabkan oleh kebiasaan mengkonsumsi makanan yang tidak sehat, di mana pada saat ini banyak masyarakat yang tidak memiliki menyediakan banyak makanan berserat, mengkonsumsi makanan yang berisi lemak jenuh, natrium, dan kolesterol,

juga diperburuk dengan kebiasaan mengkonsumsi makanan dan minuman yang mengandung banyak gula.

Data yang di dapatkan dari Puskesmas Leles dari tahun 2024 penderita Diabetes Melitus berada di peringkat ke 4 dari 8 Penyakit dengan penderita sebanyak 30 orang. Dalam hal ini penulis melakukan penelitian kunjungan di wilayah Puskesmas Leles Kab.Garut melalui kader kesehatan di Kampung Taraju RT.003 RW.004 Kelurahan Salamnunggal Kecamatan Leles Kab.Garut.

Table 1.1
Daftar 8 Besar Penyakit Di Puskesmas Leles

No	Nama Penyakit	Jumlah	Persentase
1.	Nasofering akut	416	30
2.	Dispesia	296	20
3.	ISPA	215	15
4.	Diabetes Melitus	149	10
5.	Dermatitis	118	7
6.	GEA	98	6
7.	Typhoid	96	6
8.	Gangguan jaringan lunak tidak diklasifikasikan ditempat lain	94	6
Jumlah		1.485	100

Sumber : UPT Puskesmas Leles (2024)

Dengan demikian maka diperlukan peran perawat sebagai *care giver* untuk membantu lansia dalam kebutuhannya, serta untuk memandirikan lansia dalam upaya mempercepat penyembuhan, dan mencegah terjadinya komplikasi dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yang komprehensif meliputi pengkajian, penegakan diagnosa, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, evaluasi tindakan keperawatan, sampai dengan

mendokumentasikan asuhan keperawatan yang bersifat menyeluruh dan terarah.

Berdasarkan uraian di atas, maka dari itu penulis tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan pada lansia dengan diabetes melitus dan disusun dalam bentuk karya tulis ilmiah yang berjudul **“ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. W DENGAN DIABETES MELITUS KATZ INDEKS A DI KAMPUNG TARAJU RT.003 RW.004 KELURAHAN SALAMNUNGGAL KECAMATAN LELES KAB.GARUT.”**

B. Tujuan Penulisan

A. Tujuan Umum

Tujuan penulisan ini yaitu untuk meningkatkan pemahaman dan memperoleh pengalaman secara nyata dalam pemberian asuhan keperawatan yang telah penulis lakukan pada Ny. W dengan diabetes mellitus pada KATZ indeks A melalui pendekatan aspek biologis, psikologis, sosial dan spiritual di Puskesmas Leles Garut.

B. Tujuan Khusus

Tujuan khusus penulisan karya tulis ini adalah diharapkan penulis :

- a. Mampu melakukan pengkajian status kesehatan serta mampu melakukan pengumpulan data hingga menganalisa data sampai menentukan prioritas masalah keperawatan pada klien lansia dengan diabetes melitus.

- b. Mampu membuat diagnosa keperawatan berdasarkan prioritas masalah pada lansia dengan diabetes melitus.
- c. Mampu menyusun rencana tindakan keperawatan sesuai diagnosa keperawatan dengan masalah diabetes melitus.
- d. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan berdasarkan rencana tindakan yang telah disusun secara rasional berdasarkan ilmu pengetahuan dan keterampilan yang dimiliki oleh penulis pada klien lansia dengan diabetes melitus.
- e. Mampu mengevaluasi hasil tindakan dari proses asuhan keperawatan secara sistematis.
- f. Mampu mendokumentasikan seluruh proses asuhan keperawatan secara sistematis.

C. Metode Telaah

Pada penyusunan karya tulis ilmiah ini dilakukan pendekatan asuhan keperawatan pada lansia yang berfokus pada masalah keperawatan yang muncul pada klien.

Metode yang digunakan pada penulisan karya tulis ilmiah ini berbentuk studi kasus. Beberapa teknik yang digunakan untuk pengumpulan data diantaranya adalah:

- a. Wawancara

Teknik pengumpulan data yang pertama dilakukan adalah wawancara yang dilakukan dengan cara berkomunikasi langsung dengan klien.

Wawancara dilakukan secara terarah di rumah Ny. W, selain dari klien penulis juga mendapatkan data dari keluarga klien.

b. Observasi

Observasi merupakan proses pengamatan langsung terhadap klien maupun lingkungan klien secara aktif ataupun pasif untuk mengamati kondisi fisik klien dan melakukan pengkajian khusus pada lansia berupa penilaian KATZ Indeks, Barthel Indeks, MMSE, SPMSQ dan Tes Keseimbangan.

c. Pemeriksaan fisik

Metode selanjutnya yang digunakan dalam pengumpulan data adalah dengan melakukan pemeriksaan fisik dengan menggunakan teknik inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi untuk mendapatkan data kesehatan klien yang objektif.

d. Partisipasi aktif

Metode ini penulis ikut terlibat dalam beberapa kegiatan untuk mengumpulkan data mengenai hipertensi seperti mengikuti kegiatan posbindu

e. Studi kepustakaan

Dalam penulisan karya tulis ini, penulis mengumpulkan data dari berbagai sumber seperti buku, jurnal dan beberapa artikel sebagai panduan untuk mendukung penulisan karya tulis ini dan permasalahan yang dihadapi pada klien lansia dengan hipertensi

D. Sistematika Penulisan

Untuk memudahkan dan mendapatkan gambaran yang lebih jelas, dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini penulis menggunakan sistematika penulisan yang terdiri dari 4 bab yaitu :

1. BAB I : Pendahuluan

Menjelaskan mengenai latar belakang, tujuan, metode telaahan dan sistematika penulisan.

2. BAB II : Tinjauan Teoritis

Menjelaskan mengenai konsep dasar lansia, konsep dasar diabetes melitus dan konsep asuhan keperawatan diabetes melitus pada lansia.

3. BAB III : Tinjauan Kasus dan Pembahasan

Berisi tentang tinjauan kasus yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi dan catatan perkembangan serta pembahasan.

4. BAB IV : Kesimpulan dan Rekomendasi

Berisi kesimpulan penulis setelah menyelesaikan penulisan beserta rekomendasi untuk perbaikan di masa mendatang.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar

1. Definisi Lanjut Usia

Usia lanjut atau *growing old* yaitu seseorang yang mengalami proses perubahan fisik, sikap dan biologis karena bertambahnya usia, perubahan ini akan berpengaruh pada semua aspek kehidupan termasuk kesehatan lansia (Maghfuroh et al., 2021).

Lansia merupakan tahap kelanjutan dari usia dewasa yang ditandai dengan mengalami kemunduran fisik ataupun mental sosial sedikit demi sedikit sampai tidak mampu lagi untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Lansia pada umumnya mengalami berbagai gejala yang diakibatkan oleh terjadinya penurunan fungsi biologis, ini akan menyebabkan terjadinya perubahan, seperti perubahan pada sistem indra, sistem kardiovaskuler, sistem respirasi, sistem gastrointestinal, sistem perkemihan, sistem reproduksi dan sistem respirasi serta psikososial dan ekonomi (Suswitha et al., 2020).

Berdasarkan UU nomor 13 tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lansia, Lanjut usia adalah seseorang yang berusia 60 tahun keatas Menurut (Puzzy Handayani & Puspita Sari, 2020) lansia merupakan tahap terakhir proses perjalanan dalam kehidupan manusia sejak lahir sampai mencapai usia lebih dari 60 tahun. Lansia secara keseluruhan akan mengalami penurunan biologis, yaitu menurunnya masa tulang dan masa otot yang akan

menyebabkan terjadinya penurunan keseimbangan yang sangat beresiko terhadap kejadian jatuh pada lansia, bertambahnya usia juga akan ditandai dengan adanya perubahan anatomis dan fisiologis pada tubuh yaitu merupakan proses menua dan akan menyebabkan penurunan kualitas hidup sehingga status lansia dalam kondisi sehat sakit

2. Batasan Lanjut Usia

a) Kemenkes RI, 2023. Membagi lansia menjadi tiga kategori sebagai berikut :

- 1) Lansia Pra-Lanjut Usia, yaitu lansia yang berusia antara 60-69 tahun.
- 2) Lansia Lanjut Usia, yaitu lansia yang berusia antara 70-79 tahun.
- 3) Lansia Lanjut Usia Akhir, yaitu lansia yang berusia 80 tahun ke atas.

b) Menurut WHO, klasifikasi lansia dibagi menjadi berikut :

- 1) Usia pertengahan (*middle age*) usia 45-59 tahun.
- 2) Lanjut usia (*elderly*) usia 60-74 tahun.
- 3) Lanjut usia tua (*old*) usia 75-90 tahun.
- 4) Usia sangat tua (*very old*) usia > 90 tahun

3. Tipe Lansia

Menurut (Sunaryo Dkk, 2016) dikelompokkan menjadi 5 yaitu :

1. Tipe Arif Bijaksana

Lansia yang mempunyai banyak pengalaman, dapat menyesuaikan diri dengan perubahan zaman, ramah, rendah hati, menjadi panutan bagi orang-orang disekitarnya.

2. Tipe Mandiri

Lansia yang bersifat selektif terhadap pekerjaan, dan mempunyai kegiatan sendiri

3. Tipe Tidak Puas

Lansia yang mengalami konflik lahir batin, menentang proses penuaan yang menyebabkan hilangnya kecantikan, daya tarik jasmani, kehilangan kekuasaan, jabatan, teman.

4. Tipe Pasrah

Lansia yang mengalami konflik lahir batin, menentang proses penuaan yang menyebabkan hilangnya kecantikan, daya tarik jasmani, kehilangan kekuasaan, jabatan, teman.

5. Tipe Bingung

Lansia yang kehilangan kepribadian, mengasingkan diri, minder, pasif, dan kaget

4. Proses Menua

Penuaan merupakan proses alami yang terjadi pada setiap manusia.

Proses penuaan menyebabkan terjadinya perubahan fisik, mental dan

kesehatan. Proses penuaan tersebut menyebabkan lansia sulit untuk melakukan *Activity Daily Life* (ADL) secara mandiri dan menjadi tergantung pada orang lain. Banyak lansia yang sulit beradaptasi dengan proses penuaan, merasa sendirian, frustrasi, depresi dan kehilangan kepercayaan diri sehingga mempengaruhi kualitas hidup mereka (Sari, 2016).

5. Perubahan Akibat Penuaan

Penuaan merupakan proses kehidupan yang tidak dapat dihindari. Menua atau menjadi tua adalah suatu fase menghilangnya kemampuan jaringan secara perlahan untuk dapat memperbaiki, mengganti, dan atau mempertahankan fungsi normalnya (Wisoedhanie Widi A, 2021).

a) Perubahan Fisik

(1) Sistem Persyarafan

Berat otak pada lansia umumnya mengalami penurunan antara 10-20%. Penurunan berat otak terjadi pada usia 30-70 tahun. Selain penurunan berat otak, juga terjadi penebalan meningen pada otak lansia. Hal ini menyebabkan konduksi saraf perifer yang lebih lambat yang mengakibatkan lansia mengalami resiko sindrom demensia dan Alzheimer.

(2) Sistem Integumen

Pada lansia kulit mengalami atropi, kendur, tidak elastis kering dan berkerut. Kulit akan kekurangan cairan sehingga menjadi tipis dan berbercak. Kekeringan kulit disebabkan atropi

glandula sebacea dan glandula sudoritera, timbul pigmen berwarna coklat pada kulit dikenal dengan liver spot.

(3) Sistem Pendengaran

Prebiakusis (gangguan pada pendengaran) oleh karena hilangnya kemampuan (daya) pendengaran pada telinga dalam, terutama terhadap bunyi suara atau nada-nada yang tinggi, suara yang tidak jelas, sulit dimengerti kata-kata, 50% terjadi pada usia diatas 60 tahun.

(4) Sistem Kardiovaskuler

Katup jantung menebal dan menjadi kaku, Kemampuan jantung menurun 1% setiap tahun sesudah berumur 20 tahun, kehilangan sensitivitas dan elastisitas pembuluh darah: kurang efektifitas pembuluh darah perifer untuk oksigenasi perubahan posisi dari tidur ke duduk (duduk ke berdiri) dapat menyebabkan tekanan darah menurun menjadi 65mmHg dan tekanan darah meninggi akibat meningkatnya resistensi dari pembuluh darah perifer, 12ension normal ± 170 mmHg, diastole normal ± 95 mmHg.

(5) Sistem Respirasi

Paru-paru kehilangan elastisitas, kapasitas residu meningkat, menarik nafas lebih berat, kapasitas pernafasan maksimum menurun dan kedalaman nafas turun. Kemampuan batuk

menurun (menurunnya aktifitas silia), O₂ arteri menurun menjadi 75 mmHg, CO₂ arteri tidak berganti.

(6) Sistem Pencernaan Dan Metabolisme

Perubahan yang terjadi pada sistem pencernaan, seperti penurunan produksi sebagai kemunduran fungsi yang nyata karena kehilangan gigi, indra pengecap menurun, rasa lapar menurun (kepekaan rasa lapar menurun), liver (hati) makin mengecil dan menurunnya tempat penyimpanan, dan berkurangnya aliran darah.

(7) Sistem Reproduksi

Perubahan sistem reproduksi lansia ditandai dengan menciutnya 16 ovary dan uterus. Terjadi atrofi payudara. Pada laki-laki testis masih dapat memproduksi *spermatozoa*, meskipun adanya penurunan secara berangsur

(8) Sistem Intergumen

Kulit menjadi keriput dan mengkerut karena kehilangan proses keratinisasi dan kehilangan jaringan lemak, berkurangnya elastisitas akibat penurunan cairan dan vaskularisasi, kuku jari menjadi keras dan rapuh, kelenjar keringat berkurang jumlah dan fungsinya, perubahan pada bentuk sel epidermis.

(9) Sistem Muskuloskeletal

Tulang kehilangan cairan dan rapuh, kifosis, penipisan dan pemendekan tulang, persendian membesar dan kaku, tendon

mengkerut dan mengalami sclerosis, atropi serabut otot sehingga gerakan menjadi lamban, otot mudah kram dan tremor.

b) Perubahan Mental

Selain perubahan pada fisik lansia juga mengalami perubahan pada mental atau kejiwaan. Adapun faktor-faktor yang dapat mempengaruhi perubahan mental pada lansia adalah :

(1) Perubahan Fisik

Fisik lansia yang mengalami perubahan membuat lansia merasa kurang percaya diri dan merasa kurang menerima dengan perubahan pada tubuhnya. Hal ini dapat memicu terjadinya perubahan pada lansia.

(2) Kesehatan Umum

Lansia mengalami penurunan pada sistem imunitas yang menyebabkan lansia mudah terserang berbagai macam penyakit.

(3) Lingkungan

Lansia membutuhkan suasana yang tenang, Lingkungan yang tenang dan nyaman bagi lansia.

c) Perubahan Psikososial

Nilai seseorang sering diukur melalui produktivitasnya dan identitasnya dikaitkan dengan peranan dalam pekerjaannya, Bila mengalami perubahan psikososial seseorang akan mengalami kehilangan antara lain:

1. Kehilangan finansial atau pendapatan
2. Kehilangan status atau jabatan
3. Kehilangan teman atau relasi
4. Kehilangan pekerjaan.

B. Konsep Dasar Penyakit

1. Definisi

Diabetes melitus atau penyakit kencing manis merupakan penyakit menahun yang dapat diderita seumur hidup (Sihotang, 2017). Diabetes melitus (DM) disebabkan oleh gangguan metabolisme yang terjadi pada organ pankreas yang ditandai dengan peningkatan gula darah atau sering disebut dengan kondisi hiperglikemia yang disebabkan karena menurunnya jumlah insulin dari pankreas. Penyakit DM dapat menimbulkan berbagai komplikasi baik makrovaskuler maupun mikrovaskuler. Penyakit DM dapat mengakibatkan gangguan kardiovaskular yang dimana merupakan penyakit yang terbilang cukup serius jika tidak secepatnya diberikan penanganan sehingga mampu meningkatkan penyakit hipertensi dan infark jantung (Saputri, 2016).

Diabetes memiliki 2 tipe yakni diabetes melitus tipe 1 yang merupakan hasil dari reaksi autoimun terhadap protein sel pulau pankreas, kemudian diabetes tipe 2 yang mana disebabkan oleh kombinasi faktor genetik yang berhubungan dengan gangguan sekresi insulin, resistensi insulin dan faktor lingkungan seperti obesitas, makan berlebihan, kurang makan, olahraga dan stres, serta penuaan (Ozougwu et al., 2013).

2. **Klasifikasi Diabetes Melitus**

Menurut (Tandra, H. 2020). Diabetes diklasifikasikan dalam beberapa kategori umum yaitu sebagai berikut :

a. **Diabetes Melitus Tipe 1**

Ketika pankreas tidak dapat membuat cukup insulin untuk tubuh, atau jika tidak ada sama sekali, gula menumpuk di peredaran darah karena tidak dapat diangkut ke dalam sel. Diabetes tipe 1 adalah kondisi ini. Diabetes tipe 1 biasanya muncul pada usia anak-anak atau remaja, dan dapat didiagnosis pada pria maupun wanita. Gejalanya sering muncul dengan cepat, dan jika tidak diobati dengan suntikan insulin segera, kondisi ini dapat menjadi sangat parah hingga penderitanya koma

b. **Diabetes Melitus Tipe 2**

Diabetes tipe 2 adalah jenis diabetes yang paling umum, dengan 90-95% penderita berada di atas 40 tahun. Namun, diabetes ini juga bisa muncul pada anak-anak atau remaja. Diabetes tipe 2 meskipun pankreas masih dapat membuat insulin, kualitasnya buruk dan tidak berfungsi dengan baik, yang menyebabkan peningkatan gula darah. Meskipun pasien biasanya tidak memerlukan suntikan insulin, mereka harus mengonsumsi obat oral, atau tablet, yang berfungsi untuk meningkatkan fungsi insulin, mengurangi jumlah gula dalam darah, dan meningkatkan bagaimana hati mengolah gula.

c. Diabetes Gestational

Diabetes tipe gestasi atau gestational diabetes adalah kondisi yang disebabkan oleh perkembangan hormone pada wanita hamil, yang menyebabkan resistensi insulin. Diabetes melitus gestasional dapat didiagnosis pada trimester kedua atau ketiga kehamilan tanpa gejala diabetes kehamilan yang jelas. (Johnson et al. 2020)

3. Etiologi

Umumnya Diabetes Melitus disebabkan oleh rusaknya sebagian kecil atau sebagian besar dari sel-sel beta dari pulau-pulau langerhans pada pankreas yang berfungsi menghasilkan insulin, akibatnya terjadi kekurangan insulin. Disamping itu Diabetes Melitus juga dapat terjadi karena gangguan terhadap fungsi insulin dalam memasukan glukosa kedalam sel. Gangguan itu dapat terjadi karena kegemukan atau sebab lain yang belum diketahui (Smeltzer dan Bare, 2015). Diabetes Melitus mempunyai beberapa penyebab, antara lain:

- a. Pola makan Makan secara berlebihan dan melebihi jumlah kadar kalori yang dibutuhkan oleh tubuh dapat memacu timbulnya Diabetes Melitus. Konsumsi makanan yang berlebihan dan tidak diimbangi dengan sekresi insulin dalam jumlah yang memadai dapat menyebabkan kadar gula dalam darah meningkat dan pastinya akan menyebabkan Diabetes Melitus.
- b. Obesitas (kegemukan) Orang gemuk dengan berat badan lebih dari 90 kg cenderung memiliki peluang lebih besar untuk terkena

penyakit Diabetes Melitus. Sembilan dari sepuluh orang gemuk berpotensi untuk terserang Diabetes Melitus.

- c. Usia Berdasarkan penelitian, usia yang terbanyak terkena Diabetes Melitus adalah > 45 tahun.
- d. Faktor genetik Diabetes Melitus dapat diwariskan dari orang tua kepada anak. Gen penyebab Diabetes Melitus akan dibawa oleh anak jika orang tuanya menderita Diabetes Melitus. Pewarisan gen ini dapat sampai ke cucunya bahkan cicit walaupun resikonya sangat kecil.
- e. Obat-obatan yang dapat merusak pankreas Bahan-bahan obat-obatan dapat mengiritasi pankreas yang menyebabkan radang pankreas, radang pada pankreas akan mengakibatkan fungsi pancreas menurun sehingga tidak ada sekresi hormon-hormon untuk proses metabolisme tubuh termasuk insulin. Segala jenis residu obat yang terakumulasi dalam waktu yang lama dapat mengiritasi pankreas.
- f. Penyakit dan infeksi pada pankreas Infeksi mikroorganisme dan virus pada pankreas juga dapat menyebabkan radang pankreas yang otomatis akan menyebabkan fungsi pankreas turun sehingga tidak ada sekresi hormon-hormon untuk proses metabolisme tubuh termasuk insulin. Penyakit seperti kolesterol tinggi dan dislipidemia dapat meningkatkan risiko terkena Diabetes Melitus.

- g. Pola hidup Pola hidup juga sangat mempengaruhi faktor penyebab Diabetes Melitus. Jika orang malas berolahraga memiliki risiko lebih tinggi untuk

4. Manifestasi Klinis

Berikut tanda dan gejala diabetes mellitus yang sering muncul adalah sebagai berikut:

- a. Penurunan berat badan Penurunan berat badan terjadi ketika sel-sel dalam tubuh tidak mendapatkan glukosa dan energi yang diperoleh dari makanan sehingga tubuh akan memecah lemak untuk memenuhi kebutuhan energi (Pamungkas, 2021)
- b. Poliuri (peningkatan pengeluaran urin) Poliuri terjadi apabila peningkatan glukosa melebihi nilai ambang ginjal untuk reabsorpsi glukosa, maka akan terjadi glukosuria. Hal ini menyebabkan diuresis osmotik yang secara klinis bermanifestasi sebagai poliuri (Rahmasari, 2019).
- c. Polidipsi (peningkatan rasa haus) Polidipsi terjadi karena tingginya kadar gula darah yang menyebabkan dehidrasi berat pada sel di seluruh tubuh. Hal ini terjadi Karena glukosa tidak dapat dengan mudah berdifusi melewati pori-pori membran sel (Rahmasari, 2019).
- d. Polifagi (peningkatan rasa lapar) Polifagi terjadi karena penurunan aktivitas kenyang di hipotalamus. Glukosa sebagai hasil metabolisme karbohidrat tidak dapat masuk ke dalam sel, sehingga menyebabkan terjadinya kelaparan sel (Rahmasari, 2019).

- e. Masalah kulit dan proses penyembuhan lambat Masalah kulit sering ditemukan pada pasien diabetes melitus yaitu kulit gatal dan kulit kering serta proses penyembuhan luka yang lambat karena tingginya kadar gula di dalam darah yang menyebabkan kerusakan pada pembuluh darah dan dapat mengurangi efisiensi sel progenitor endotel atau EFC untuk sampai ke lokasi luka sehingga luka sulit sembuh (Pamungkas, 2021).
- f. Penglihatan kabur Kadar gula darah yang tidak terkendali dalam kurun waktu yang lama mengakibatkan kerusakan permanen pada mata bahkan sampai terjadi kebutaan (Pamungkas, 2021).
- g. Kesemutan dan mati rasa Kesemutan dan mati rasa sering dirasakan pada tangan dan kaki, bersamaan dengan rasa sakit yang membakar. Jika kadar gula darah tidak terkontrol dalam waktu lama akan menyebabkan kerusakan saraf yang permanen (Pamungkas, 2021).

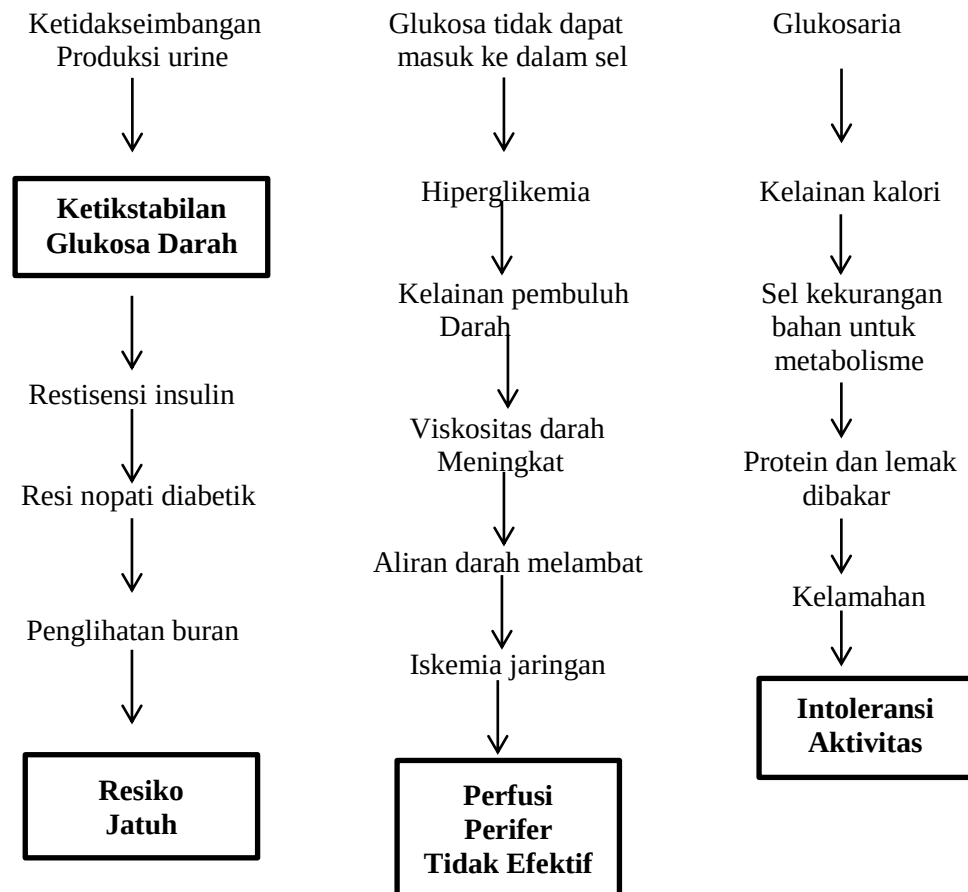
5. Patofisiologi

Diabetes Melitus Tipe 2 atau NIDDM (*Non-Insulin Dependent Diabetes Melitus*), dapat terjadi karena kerusakan progresif sekretorik insulin akibat resistensi insulin. Diabetes Melitus Tipe 2 juga merupakan salah satu gangguan metabolik dengan kondisi insulin yang diproduksi oleh tubuh tidak cukup jumlahnya akan tetapi reseptor insulin di jaringan tidak berespon terhadap insulin tersebut. Diabetes Melitus Tipe 2 mengenai 90- 95% pasien dengan Diabetes Melitus. Insidensi terjadi lebih umum pada usia 30 tahun, obesitas, herediter, dan faktor

lingkungan. Diabetes Melitus Tipe ini sering terdiagnosis setelah terjadi komplikasi (Smeltzer dan Bare, 2015).

6. Pathway

Gambar 5.1



7. Penatalaksanaan

Tujuan dari pada penatalaksanaan Diabetes Melitus adalah untuk meningkatkan tingkat daripada kualitas hidup pasien penderita Diabetes Melitus, mencegah terjadinya komplikasi pada penderita, dan juga menurunkan morbiditas dan mortalitas penyakit Diabetes Melitus. Penatalaksanaan Diabetes Melitus dibagi secara umum menjadi lima yaitu: (PERKENI, 2015)

a. Penatalaksanaan Keperawatan

- 1) Edukasi Diabetes Melitus umumnya terjadi pada saat pola gaya hidup dan perilaku telah terbentuk dengan kuat. Keberhasilan pengelolaan diabetes mandiri membutuhkan partisipasi aktif pasien, keluarga, dan masyarakat. Tim kesehatan harus mendampingi pasien dalam menuju perubahan perilaku. Untuk mencapai keberhasilan perubahan perilaku, dibutuhkan edukasi yang komprehensif, pengembangan keterampilan dan motivasi. Edukasi merupakan bagian integral asuhan perawatan diabetes. Edukasi secara individual atau pendekatan berdasarkan penyelesaian masalah merupakan inti perubahan perilaku yang berhasil. Perubahan Perilaku hampir sama dengan proses edukasi yang memerlukan penilaian, perencanaan, implementasi, dokumentasi, dan evaluasi. Edukasi terhadap pasien Diabetes Melitus merupakan pendidikan dan pelatihan

yang diberikan terhadap pasien guna menunjang perubahan perilaku, tingkat pemahaman pasien sehingga tercipta kesehatan yang maksimal dan optimal dan kualitas hidup pasien meningkat.

- 2) Latihan fisik Kegiatan jasmani sehari – hari dan latihan jasmani dilakukan teratur sebanyak 3 - 4 kali seminggu selama kurang lebih 30 – 45 menit, dengan total kurang lebih 150 menit perminggu. Latihan jasmani dapat menurunkan berat badan dan memperbaiki sensitifitas terhadap insulin, sehingga akan memperbaiki kendali glukosa darah. Latihan jasmani yang dimaksud ialah jalan, bersepeda santai, jogging, berenang. Latihan jasmani sebaiknya disesuaikan dengan umur dan status kesegaran jasmani. Dianjurkan untuk melakukan pemeriksaan kadar glukosa darah sebelum melakukan kegiatan jasmani. Jika kadar glukosa darah 250 mg/dl dianjurkan untuk tidak melakukan aktivitas jasmani.
- 3) Terapi farmakologi Pengaturan diet dan kegiatan jasmani merupakan hal yang utama dalam penatalaksanaan Diabetes Melitus, namun bila diperlukan dapat dilakukan bersamaan dengan pemberian obat antihiperglikemia oral tunggal atau kombinasi. Pemberian obat antihiperglikemia oral maupun insulin selalu dimulai dengan dosis rendah, untuk kemudian

dinaikkan secara bertahap sesuai dengan respons kadar glukosa darah

- 4) Diet Diet yang dianjurkan yaitu diet rendah kalori, rendah lemak, rendah lemak jenuh, dan tinggi serat. Jumlah asupan kalori ditujukan untuk mencapai berat badan ideal. Selain itu, karbohidrat kompleks merupakan pilihan dan diberikan secara terbagi dan seimbang sehingga tidak menimbulkan puncak glukosa darah yang tinggi setelah makan. Pengaturan pola makan dapat dilakukan berdasarkan 3J yaitu jumlah, jadwal dan jenis diet.
- 5) Pemantauan Kadar Glukosa Darah Secara Mandiri Pemantauan Diabetes Melitus merupakan pengendalian kadar gula darah mencapai kondisi senormal mungkin. Dengan terkendalinya kadar glukosa darah maka akan terhindar dari keadaan Hiperglikemia dan Hipoglikemia serta mencegah terjadinya komplikasi. Hasil Diabetes Control and Complication Trial (DCCT) menunjukkan bahwa pengendalian diabetes yang baik dapat mengurangi komplikasi diabetes antara 20-30%.

8. Komplikasi

Beberapa komplikasi yang dapat terjadi pada penderita Diabetes Mellitus menurut (Subiyanto, 2019) adalah :

a. Komplikasi Akut

- 1) Hipoglikemia Hipoglikemia adalah keadaan seseorang dengan kadar glukosa darah kurang atau di bawah nilai normal
Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan untuk menegakkan diagnosis DM adalah sebagai berikut (LeMone, Burke & Bauldoff, 2019) :
- 2) Pemeriksaan kadar glukosa plasma kasual ≥ 200 mg/dl.
Pemeriksaan ini dilakukan sewaktu-waktu tanpa mempertimbangkan waktu makan terakhir.
- 3) Pemeriksaan kadar glukosa plasma puasa ≥ 126 mg/dl.
Pemeriksaan ini dilakukan saat pasien tidak mendapatkan asupan kalori selama 8 jam.
- 4) Pemeriksaan kadar glukosa plasma dua jam ≥ 200 mg/dl selama pemeriksaan toleransi glukosa oral. Pemeriksaan ini harus dilakukan dengan muatan glukosa yang isinya setara dengan 75 gram glukosa.
- 5) Pemeriksaan hemoglobin terglikolisasi (A1C). Jika didapatkan hasil dengan kadar 6,5% dengan kadar 5,7%-6,49% mengindikasikan risiko tinggi terjadinya diabetes dan penyakit kardiovaskular dan merupakan penanda pradiabetes.

- 6) Pemeriksaan glukosa darah puasa (*fasting plasma glucose*).
- 7) Pemeriksaan keton dan glukosa dalam urin. berlangsung lama dapat menjadi keadaan metabolisme yang berbahaya, antara lain ketoasidosis diabetik yaitu dimana tubuh sangat kekurangan insulin secara mendadak.

b. Komplikasi Kronis

- 1) Penyakit jantung dan pembuluh darah. Diabetes meningkatkan risiko berbagai masalah kardiovaskular, termasuk penyakit arteri koroner dengan nyeri dada (angina), serangan jantung, stroke, penyempitan arteri (aterosklerosis), dan tekanan darah tinggi.
- 2) Kerusakan saraf (neuropati). Kelebihan gula dapat melukai dinding pembuluh darah kecil (kapiler) terutama di kaki. Ini dapat menyebabkan kesemutan mati rasa, rasa terbakar atau rasa sakit yang biasanya dimulai di ujung jari kaki dan secara bertahap menyebar ke tubuh bagian atas. Gula darah yang tidak terkontrol pada akhirnya dapat menyebabkan mati rasa di bagian tubuh yang terkena.
- 3) Kerusakan ginjal (nefropati). Ginjal mengandung jutaan kluster darah kecil yang menyaring limbah dari darah. Diabetes dapat merusak sistem penyaringan tersebut. Kerusakan parah dapat menyebabkan gagal ginjal atau penyakit ginjal tahap akhir yang ireversibel, yang akhirnya memerlukan dialisis atau transplantasi ginjal.

- 4) Kerusakan mata. Diabetes dapat merusak pembuluh darah retina (*diabetic retinopathy*), berpotensi menyebabkan kebutaan. Diabetes juga meningkatkan risiko kondisi penglihatan serius lainnya, seperti katarak dan glaukoma.
- 5) Kerusakan kaki. Kerusakan saraf di kaki atau aliran darah yang buruk ke kaki meningkatkan risiko berbagai komplikasi kaki. Jika tidak diobati, luka dan lecet bisa menjadi infeksi serius. Kerusakan parah mungkin menyebabkan terjadinya amputasi kaki.
- 6) Gangguan pendengaran. Masalah pendengaran lebih sering terjadi pada penderita diabetes.
- 7) Gangguan kulit. Diabetes dapat membuat seseorang lebih rentan terhadap masalah kulit, termasuk infeksi bakteri dan jamur.
- 8) Penyakit Alzheimer. Diabetes tipe 2 dapat meningkatkan risiko penyakit Alzheimer. Semakin buruk kendali gula darah, semakin besar risikonya.

9. Pemeriksaan Penunjang

Berikut cara pemeriksaan kadar glukosa darah untuk menegakkan diagnosa DM berdasarkan konsensus pengelolaan dan pencegahan DM di Indonesia (Kardiyudiani & Dwi, 2019) adalah:

- a. Tes gula darah (A1C). Tes darah ini menunjukkan tingkat gula darah rata-rata selama dua hingga tiga bulan terakhir. Tes ini mengukur persentase gula darah yang melekat pada hemoglobin dan protein

pembawa oksigen dalam sel darah merah. Tingkat A1C 6.5% atau lebih tinggi pada dua tes terpisah menunjukkan pasien menderita diabetes. Hasil antara 5.7-6.4% dianggap prediabetes, yang menunjukkan risiko tinggi terkena diabetes. Tingkat normal dari A1C adalah dibawah 5.7%

- b. Jika tes A1C tidak dapat dilakukan karena kondisi tertentu yang dapat membuat tes A1C tidak akurat, seperti hamil atau kelainan, dokter akan menggunakan tes berikut untuk mendiagnosis diabetes.

- 1) Tes gula darah acak

Sampel darah di ambil pada waktu acak. Nilai gula darah dinyatakan dalam milligram per desiliter (mg/dL) atau milimoles per liter (mmol/L). Kadar gula darah acak 200 mg/dL (11.1 mmol/L) atau lebih tinggi menunjukkan diabetes, terutama bila digabungkan dengan salah satu tanda dan gejala diabetes, seperti sering buang air kecil dan haus ekstrem

- 2) Tes gula darah puasa

Sampel darah diambil setelah pasien menjalani puasa dalam semalam. Tingkat gula darah puasa normal adalah kurang dari 100 mg/dL (5.6 mmol/L). Tingkat gula darah puasa dari 100 hingga 125 mg/dL (5.6 hingga 6.9 mmol/L) dianggap prediabetes, sedangkan hasil pengukuran 126 mg/dL (7 mmol/L) atau lebih tinggi pada dua test terpisah adalah indikasi diabetes.

- c. Untuk tes ini, pasien akan diminta berpuasa dalam semalam dan kadar gula darah puasa diukur keesokan harinya. Pasien akan diminta minum cairan bergula dan kadar gula darah diuji secara berkala selama dua jam kedepan. Kadar gula darah kurang dari 140 mg /dL (7.8 mmol/ L) dikatakan normal. Hasil antara 140 dan 199 mg/Dl (7.8 mmol/ L dan 11,0 mmol/ L) menunjukkan prediabetes. Sementara itu, pasien dikatakan menderita diabetes bila memiliki hasil tes 200 mg / Dl (11,1 mmol/ L) atau lebih tinggi setelah dua jam.

C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Lansia

Asuhan keperawatan pada lansia dimaksudkan untuk memberikan bantuan, bimbingan, pengawasan, perlindungan, dan pertolongan kepada lanjut usia secara individu maupun kelompok, seperti dirumah/lingkungan keluarga, panti werda maupun puskesmas, dan di rumah sakit yang diberikan oleh perawat.

Pendekatan yang digunakan yaitu asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian (*Assesment*), merumuskan diagnosis keperawatan (*nursing diagnosis*), merencanakan tindakan keperawatan (*nursing intervection*), melaksanakan tindakan keperawatan (*implementation*) dan melakukan penilaian atau evaluasi (*evaluation*) (Sunaryo, dkk, 2016).

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah pertama dalam proses keperawatan, meliputi pengumpulan data, verifikasi data, pengorganisasian data,

interpretasi data dan dokumentasi data secara sistematis. Kelengkapan dan kebenaran data ini berhubungan langsung dengan keakuratan langkah-langkah berikutnya. (Buku proses keperawatan Gerontik)

Menurut PPNI (2017), dalam buku Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia data fokus yang perlu dikaji pada klien dengan Diabetes Melitus antara lain meliputi:

a. Identitas Pasien

- 1) Identitas pasien (nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, agama, suku, alamat, status, tanggal masuk, tanggal pengkajian, diagnosa medis)
- 2) Identitas penanggung jawab (nama, umur, pekerjaan, alamat, hubungan dengan pasien)

b. Riwayat Kesehatan Pasien

1) Keluhan Utama

Cemas, lelah, anoreksia, mual, muntah, nyeri abdomen, nafas pasien mungkin berbau aseton, pernafasan kussmaul, gangguan pola tidur, poliuri, polidipsi, penglihatan yang kabur, kelemahan dan sakit kepala.

2) Riwayat Penyakit Sekarang

Berisi tentang kapan terjadinya penyakit, penyebab terjadinya penyakit serta upaya yang telah dilakukan oleh penderita untuk mengatasinya.

3) Riwayat Penyakit Dahulu

Adanya riwayat penyakit diabetes mellitus atau penyakit penyakit yang lain yang ada kaitannya dengan defisiensi insulin misalnya penyakit pancreas, adanya riwayat penyakit jantung, obesitas, maupun arterosklerosis, tindakan medis yang pernah didapat maupun obat-obatan yang biasa digunakan oleh penderita.

4) Riwayat Penyakit Keluarga

Riwayat atau adanya faktor resiko, riwayat keluarga tentang penyakit, obesitas, riwayat pankreatitis kronik, riwayat melahirkan anak lebih dari 4 kg, riwayat glukosuria selama stress (kehamilan, pembedahan, trauma, infeksi, penyakit) atau terapi obat (glukokortikosteroid, diuretik tiasid, kontrasepsi oral).

c. Aktivitas Hidup Sehari - Hari (ADL)

1) Pola Nutrisi Dan Cairan

Pola aspek ini dikaji mengenai kebiasaan makan klien, peningkatan nafsu makan, mual, muntah, penurunan atau peningkatan berat badan, banyak minum dan perasaan haus. (Tarwoto dkk, 2017).

2) Pola Eliminasi

Dikaji mengenai frekuensi, konsistensi, warna dan kelainan eliminasi, kesulitan-kesulitan eliminasi dan keluhan-keluhan

yang dirasakan klien pada saat BAK dan BAB. Perubahan pola berkemih (polyuria), nokturia, kesulitan berkemih, diare. (Tarwoto dkk, 2017).

3) Pola Istirahat Tidur

Biasanya klien sering BAK pada malam hari yang mengakibatkan terganggunya pola istirahat tidur dan sering merasa cemas sehingga berdampak pada gangguan tidur (insomnia).

4) Pola Personal Hygiene

Dikaji mengenai kebiasaan mandi, gosok gigi, mencuci rambut, dan dikaji apakah memerlukan bantuan orang lain atau dapat secara mandiri.

5) Pola Aktivitas

Pada pasien DM, menunjukkan gejala sering merasa lelah, nyeri, atau kelemahan pada otot, tidak mampu beraktivitas atau bekerja. Tanda yang ditunjukkan adalah penurunan gerak sendi.

d. Pemeriksaan Fisik

1) Status Kesehatan Umum

Meliputi keadaan umum penderita, kesadaran, tinggi badan, berat badan, dan tanda-tanda vital.

2) Pemeriksaan Fisik

a) Sistem Pernafasan

Pada pasien diabetes biasanya terdapat gejala nafas bau keton, dan terjadi perubahan pola nafas (Tarwoto dkk, 2017).

b) Sistem Pencernaan

Terdapat polipagia, polydipsia, mual, muntah, diare, konstipasi, (Tarwoto dkk, 2017).

c) Sistem Perkemihan

Terdapat perubahan pola berkemih (polyuria). Nokturia, kesulitan berkemih, retensi urin, dysuria dan urgensi. (Tarwoto dkk, 2017).

d) Sistem Integument

Pada pasien diabetes mellitus kulit kering dan kasar, gatal gatal pada kulit dan sekitar alat kelamin, luka gangrene. (Tarwoto dkk, 2017).

e) Sistem Kardiovaskuler

Pada pasien diabetes mellitus pada sistem kardiovaskuler terdapat hipotensi atau hipertensi, takikardi, palpitasi, (Tarwoto dkk, 2017).

f) Sistem Endoktrin

Tidak ada kelainan pada kelenjar tiriod dan kelenjar paratiroid. Adanya peningkatan kadar glukosa dalam darah akibat terganggunya produksi insulin.

g) Sistem Reproduksi

Disfungsi ereksi, penurunan libido, vagina kering dan nyeri saat berhubungan, keputihan abnormal, pruritus vulva/genital, infeksi saluran reproduksi berulang

h) Sistem musculoskeletal

Kelemahan otot, kekuatan otot, pergerakan, kelainan bentuk tulang belakang, adanya kesemutan, paratasia, dan kram ekremitas, osteomilitis. (Tarwoto dkk, 2017).

e. Pengkajian psikososial dan spiritual

Meliputi informasi mengenai perilaku, perasaan dan emosi yang dialami penderita, hubungan social dengan keluarga dan orang lain, pelaksanaan ibadah dan keyakinan klien tentang kesehatan.

f. Data Penunjang

Berikut cara pemeriksaan kadar glukosa darah untuk menegakkan diagnosa DM berdasarkan konsensus pengelolaan dan pencegahan DM di indonesia (Kardiyudiani & Dwi, 2019) adalah :

- 1) Tes Gula Darah (A1C), Tes darah ini menunjukkan tingkat gula darah rata-rata selama dua hingga tiga bulan terakhir. Tes ini mengukur persentase gula darah yang melekat pada hemoglobin

dan protein pembawa oksigen dalam sel darah merah. Tingkat A1C 6.5% atau lebih tinggi pada dua tes terpisah menunjukkan pasien menderita diabetes. Hasil antara 5.7-6.4% dianggap prediabetes, yang menunjukkan risiko tinggi terkena diabetes. Tingkat normal dari A1C adalah dibawah 5.7%.

- 2) Jika tes A1C tidak dapat dilakukan karena kondisi tertentu yang dapat membuat tes A1C tidak akurat, seperti hamil atau kelainan, dokter akan menggunakan tes berikut untuk mendiagnosis diabetes:
 - a. Tes gula darah acak. Sampel darah di ambil pada waktu acak. Nilai gula darah dinyatakan dalam milligram per desiliter (mg/dL) atau milimoles per liter (mmol/L). Kadar gula darah acak 200 mg/dL (11.1 mmol/L) atau lebih tinggi menunjukkan diabetes, terutama bila digabungkan dengan salah satu tanda dan gejala diabetes, seperti sering buang air kecil dan haus ekstrem
 - b. Tes gula darah puasa. Sampel darah diambil setelah pasien menjalani puasa dalam semalam. Tingkat gula darah puasa normal adalah kurang dari 100 34 mg/dL (5.6 mmol/L). Tingkat gula darah puasa dari 100 hingga 125 mg/dL (5.6 hingga 6.9 mmol/L) dianggap prediabetes, sedangkan hasil pengukuran 126 mg/dL (7 mmol/L) atau lebih tinggi pada dua testerpisah adalah indikasi diabetes.

- 3) Tes toleransi glukosa oral. Untuk tes ini, pasien akan diminta berpuasa dalam semalam dan kadar gula darah puasa diukur keesokan harinya. Pasien akan diminta minum cairan bergula dan kadar gula darah diuji secara berkala selama dua jam kedepan. Kadar gula darah kurang dari 140 mg /dL (7.8 mmol/ L) dikatakan normal. Hasil antara 140 dan 199 mg/Dl (7.8 mmol/ L dan 11,0 mmol/ L) menunjukkan prediabetes. Sementara itu, pasien dikatakan menderita diabetes bila memiliki hasil tes 200 mg / Dl (11,1 mmol/ L) atau lebih tinggi setelah dua jam.

g. Pengkajian Khusus Pada Lansia

a) **Pengkajian Fungsional**

1) Katz Indeks

Tabel 2.1

Kategori	Kriteria
A	Kemandirian dalam hal makan, kontinensia (BAB,BAK), berpindah, pergi ke toilet, berpakaian dan mandi
B	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali salah satu dari fungsi tersebut di atas
C	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi dan salah satu fungsi yang lain seperti tersebut di atas
D	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian dan salah satu fungsi lain seperti tersebut di atas
E	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian, ke toilet dan salah satu fungsi lain seperti tersebut di atas
F	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian, ke toilet,

	berpindah dan salah satu fungsi yang lain seperti tersebut di atas
G	Ketergantungan untuk semua (enam) fungsi yang tersebut di atas
LAIN – LAIN	
KESIMPULAN	

2) Barthel Indeks

Tabel 2.2

No	Kriteria	Dengan Bantuan	Mandiri	Keterangan
1.	Makan			Frekuensi : Jumlah : Jenis :
2.	Minum			Frekuensi : Jumlah : Jenis :
3.	Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur atau sebaliknya			
4.	Personal toilet (cuci muka, menyisir rambut, gosok gigi)			Frekuensi :
5.	Keluar masuk toilet (mencuci pakaian, menyeka tubuh, menyiram)			
6.	Mandi			Frekuensi :
7.	Jalan di permukaan datar			

8.	Naik turun tangga			
9.	Mengenakan pakaian			
10.	Kontrol BAB			
11.	Kontrol BAK			Frekuensi :
12.	Olaharaga / latihan			
13.	Rekreasi / pemanfaatan waktu luang			

Interprestasi :

Skor 130 = Mandiri

Skor 65-125 = Ketergantungan Sebagian Skor

Skor <65 = ketergantungan total

b) Pengkajian Status Emosional

1) Pertanyaan Tahap 1

Apakah klien mengalami sukar tidur? (Ya – Tidak)

Apakah klien sering merasa gelisah? (Ya – Tidak)

Apakah klien sering murung/menangis sendiri?(Ya – Tidak)

Apakah klien sering was-was atau khawatir? (Ya – Tidak)

Catatan : Jika ada jawaban “ya” > 1 maka pertanyaan

dilanjut ke tahap 2

2) Pertanyaan Tahap 2

Adakah keluhan > dari 3 bulan dalam 1 bulan terakhir?

(Ya – Tidak)

Adakah keluhan > 1 kali dalam 1 bulan terakhir? (Ya – Tidak)

Adakah masalah atau banyak pikiran? (Ya – Tidak)

Adakah gangguan/masalah dengan anggota keluarga?

(Ya – Tidak)

Apakah klien gunakan obat tidur/penenang atas anjuran dokter?.

(Ya–Tidak)

Apakah klien cenderung mengurung diri? (Ya – Tidak)

Kesimpulan hasil interpretasi status emosional :

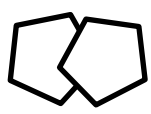
c) Pengkajian Status Mental

1) MMSE (*Mini Mental State Exam*)

Tabel 2.3

No	Aspek Kongnitif	Nilai Maksimum	Nilai Klien	Pertanyaan (Kriteria)
1.	Orientasi	5		Menyebutkan dengan benar : 1) Tahun berapa sekarang ? 2) Musim apa sekarang ? 3) Tanggal berapa sekarang ? 4) Hari apa sekarang ? 5) Bulan apa sekarang ?
		5		Menyebutkan dimana sekarang kita berada: 1) Negara apa? 2) Propinsi apa? 3) Kota apa? 4) Panti/Desa/Kampung apa? 5) Alamat dimana?

2.	Registrasi	3		Menyebutkan 3 nama objek
3.	Perhatian Dan Kalkulasi	5		Minta klien untuk memulai dari angka 100 kemudian dikurangi 7 sampai 5 kali/tingkat (nilai 1 point untuk tiap jawaban benar) 1) 93 2) 86 3) 79 4) 72 5) 65 tau jika lansia tidak bisa berhitung, bisa mengeja kalimat secara mundur (skor adalah jumlah urutan huruf yang disebutkan dengan benar, 1 point untuk setiap hurufnya), misal: DUNIA (eja: A-I-N-U-D)
4.	Bahasa	2		1. Membuat nama Tunjukkan pada klien suatu benda (buku) ulangitunjukkan benda yang berbeda (pensil) 2. Pengulangan Minta klien untuk mengulang kalimat setelah kita sebutkan terlebih dahulu, misal “Tidak ada jika, dan, atau tetapi”. 3. Perintah 3 tahap Ucapkan perintah terlebih dahulu kemudian berikan selembat kertas kosong, minta untuk melipatnya menjadi 2 kemudian minta untuk menaruhnya di lantai. (nilai 1 untuk masing-masing perintah yang dilakukan dengan benar) 4. Membaca Dalam selembat kertas kosong tulis kalimat “Pejamkan mata anda” Ditulis besar dapat dibaca

				jasas oleh lansia. Minta lansia membacanya dan melakukan apa yang tertulis (point 1 hanya diberikan jika klien menutup mata setelah membaca kalimat) 5. Menulis selembar kertaskosong, minta klien untuk menulis sebuah kalimat yang terdiri dari subjek/kata benda, predikat/kata kerja 6. Menyalin Gambar Berikan selembar kertas kosong, minta lansia untuk menyalin gambar seperti di bawah ini, 10 sisi harus ada dan keduanya bersinggungan, jika benar beri nilai 1 point 
--	--	--	--	---

2) SPMQ (*Short Portable Mental Status Questionare*)

Tabel 2.4

Skor Jawaban		No Soal	Soal Pertanyaan	Jawaban
Benar	Salah			
		1	Tanggal berapa hari ini ?	
		2	Hari apa sekarang ?	
		3	Apa nama tempat ini ?	
		4	Dimana alamat ini ?	
		5	Berapa umur anda ?	
		6	Kapan anda lahir ?	
		7	Siapa presiden indonesia ?	
		8	Siapa presiden indonesia sebelumnya ?	
		9	Siapa nama ibu anda ?	
		10	Kurang 3 dari 20 dan tetap	

			dikurangi sampai 3 kali pengurangan	
Jumlah Skor Total Jawaban Salah				

Interprestasi :

Keterangan :

Jumlah jawaban salah sebanyak 0-3 : Fungsi intelektual utuh

Jumlah jawaban salah sebanyak 4-5 : Kerusakan intelektual Ringan

Jumlah jawaban salah sebanyak 6-8 : Kerusakan intelektual Sedang

Jumlah jawaban salah sebanyak 9-10 : Kerusakan intelektual Berat

d) Pengkajian Depresi

1) GDS (Geriatric Depresion Scale)

(Ya – Tidak)

Tabel 2.5

No	Pertanyaan	Jawaban	Skor
1.	Apakah pada dasarnya anda puas dengan kehidupan anda?		
2.	Apakah anda sudah meninggalkan banyak kegiatan dan minat/kesenangan anda?		
3.	Apakah anda merasa kehidupan anda hampa?		
4.	Apakah anda sering merasa bosan?		
5.	Apakah anda penuh pengharapan akan masa depan?		
6.	Apakah anda diganggu oleh pikiran-pikiran yang tidak dapat anda keluarkan/ungkapkan?		
7.	Apakah anda mempunyai semangat baik sepanjang waktu?		
8.	Apakah anda takut sesuatu yang buruk akan terjadi pada anda?		
9.	Apakah anda merasa bahagia pada sebagian besar waktu anda?		

10.	Apakah anda sering merasa tidak berdaya?		
11.	Apakah anda sering merasa gelisah dan resah/gugup?		
12.	Apakah anda lebih senang tinggal di rumah daripada pergi keluar dan mengerjakan sesuatu hal yang baru?		
13.	Apakah anda seringkali kuatir akan masa depan?		
14.	Apakah anda merasa mempunyai banyak masalah dg daya ingat anda dibandingkan kebanyakan orang?		
15.	Apakah anda pikir hidup anda sekarang ini menyenangkan?		
16.	Apakah anda merasa murung dan sedih?		
17.	Apakah anda merasa tidak berharga seperti perasaan anda saat kini?		
18.	Apakah anda sangat kuatir tentang kejadian masa lalu?		
19.	Apakah anda merasakan bahwa kehidupan ini sangat menyenangkan/menarik?		
20.	Apakah anda merasa berat untuk memulai proyek/pekerjaan baru?		
21.	Apakah anda merasa penuh semangat?		
22.	Apakah anda merasa bahwa keadaan anda tidak ada harapan?		
23.	Apakah anda pikir bahwa orang lain lebih baik keadaannya daripada anda?		
24.	Apakah anda seringkali kesal terhadap hal-hal sepele?		
25.	Apakah anda seringkali merasa ingin menangis?		
26.	Apakah anda mempunyai kesulitan dalam berkonsentrasi?		
27.	Apakah anda senang bangun di pagi hari?		
28.	Apakah anda lebih senang menghindari kegiatan sosial?		
29.	Apakah mudah bagi anda untuk mengambil keputusan?		
30.	Apakah pikiran anda jernih seperti biasanya?		

Interprestasi :

Skor yang didapat diklasifikasikan dalam 3 kelompok, yaitu :

1. Normal : jika skornya 0-9
2. Mild Depressives : jika skornya 10-19
3. Severe Depressives : jika skornya 20-30

e) APGAR Keluarga

Tabel 2.6

No	Uraian Dan Fungsi	Selalu (2)	Kadang – Kadang (1)	Tidak Pernah (0)
a.	A : Adaptasi Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga (teman- teman) saya untuk membantu pada waktu sesuatu menyusahkan saya			
b.	P : Partnership Saya puas dengan cara kelaurga (teman – teman) saya membicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan masalah saya			
c.	G : Growth Saya puas bahwa kelaurga (teman – teman) saya menerima & mendukung keinginan saya untuk melakukan aktivitas atau arah baru			
d.	A : Afek Saya puas dengan cara keluarga (teman – teman) saya mengekspresikan afek dan brespon terhadap emosi – emosi saya, seperti marah, sedih atau mencintai			

e.	R : Resolve Saya puas dengan cara teman – teman saya dan saya menyediakan waktu bersama – sama mengekspresikan afek dan berespon			
Jumlah				

Interprestasi :

Penilaian :

Nilai : 0 – 3 Disfungsi keluarga sangat tinggi

Nilai : 4 – 6 Disfungsi keluarga sedang

f) Morse Fall Scale (MFS)

Nama lansia :

Umur :

Tanggal :

Tabel 2.7

No	PENGKAJIAN	SKALA	NILAI	KETERANGAN
1.	Riwayat jatuh : apakah lansia pernah jatuh dalam 3 bulan terakhir ?	Tidak 0 Ya 25		
2.	Diagnosa sekunder : apakah lansia memiliki lebih dari satu penyakit ?	Tidak 0 Ya 15		
3.	Alat bantu jalan : - Bed rest / dibantu perawat - Kruk / tongkat / walker - Berpegangan pada benda-benda di sekitar seperti (kursi, lemari , meja)	0 15 30		
4.	Terapi intravena : apakah saat ini lansia terpasang infus ?	Tidak 0 Ya 20		
5.	Gaya berjalan / cara berpindah : - Normal / bed rest / (tidak dapat bergerak sendiri	0 10		

	- Lemah (Tidak bertenaga) - Gangguan / tidak normal (pincang / diseret)	20		
6.	Status Mental - Lansia menyadari kondisi dirinya - Lansia mengalami keterbatasan daya ingat	0 15		
Total Nilai				

Interprestasi :

Keterangan :

Tingkat resiko : 0 – 24 = perawatan dasar

Resiko rendah : 25 – 50 = pelaksanaan intervensi

pencegahan jatuh standar

Resiko tinggi : ≥ 51 pelaksanaan intervensi

pencegahan jatuh resiko tinggi

g. Test Keseimbangan Pada Lansia

Tabel 2.8

No	Kriteria	Normal	Gangguan
A	Perubahan posisi / gerakan keseimbangan		
1.	Bangun dari kursi		
2.	Duduk ke kursi		
3.	Menahan dorongan pada sternum (3 x)		
4.	Mata tertutup		
5.	Perputaran leher		
6.	Gerakan menggapai sesuatu		
7.	Membungkuk		
B	Komponen gaya berjalan atau gerakan		
1.	Berjalan sesuai perintah		

2.	Kemampuan mengangkat kaki saat jalan		
3.	Kontinuitas / konsisten dalam langkah kaki / mengangkat kaki		
4.	Kesimetrisan langkah		
5.	Penyimpangan jalur saat berjalan		
6.	Berbalik		

Interprestasi hasil :

Keterangan

0 – 5 : resiko jatuh

6 – 10 : resiko jatuh sedang

11 – 13 : resiko jatuh tinggi

2. Analisa Data

Tabel 2.9

No	Data fokus	Etiologi	Masalah
1.	a. Gejala Dan Tanda Mayor Hiperglikemia Subjektif : a) Lelah atau lesu Objektif : a) Kadar glukosa dalam darah/urin tinggi b. Gejala Dan Tanda Minor Hiperglikemia Subjektif : a) Mulut kering b) Haus meningkat Objektif : a) Jumlah urin meningkat	Ketidak seimbangan kadar glukosa darah ↓ Glukosa tidak dapat masuk kedalam sel ↓ Hiperglikemia ↓ Ketidakstabilan kadar glukosa darah	Ketidakseimbangan Kadar Glukosa Darah
2.	a. Gejala Dan Tanda Mayor Objektif : a) Pengisian kapiler >3 detik b) Nadi perifer menurun atau tidak teraba c) Akral teraba dingin d) Warna kulit pucat e) Turgor kulit menurun b. Gejala Dan Tanda Minor Subjektif : a) Parastesia b) Nyeri ekstremitas (klaudikasi intermiten) Objektif : a) Edema b) Penyembuhan luka lambat c) Indeks ankle-brachial <0/90 d) Bruit femoral	Ketidakseimbangan produksi urine ↓ Glukosa tidak dapat masuk ke dalam sel ↓ Hiperglikemia ↓ Kelainan pembuluh darah ↓ Viskositas darah meningkat ↓ Aliran darah meningkat ↓ Iskemia jaringan ↓ Perfusi perifer tidak efektif	Perfusi Perifer Tidak Efektif
3.	a. Gejala Dan Tanda	Glukosaria	Intoleransi Aktivitas

	Mayor Subjektif : a) Mengeluh lelah Objektif : a) Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat b. Gejala Dan Tanda Minor Subjektif : a) Dyspnea saat atau setelah melakukan aktivitas b) Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas c) Merasa lemah Objektif : a) Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat b) Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah beraktivitas c) Gambaran EKG menunjukkan iskemia d) Sianosis	↓ Kelainan kalori ↓ Sel kekurangan bahan untuk metabolisme ↓ Protein dan lemak dibakar ↓ Intoleransi aktivitas	
4.	a. Gejala Dan Tanda Mayor Subjektif : a) - Objektif : a) - b. Gejala Dan Tanda Minor Subjektif : a) - Objektif : a) -	Ketidakstabilan glukosa darah ↓ Resistensi insulin ↓ Retina ↓ Resinopati diabetic ↓ Penglihatan buram ↓ Resiko jatuh	Resiko Jatuh

3. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. 50 (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada penderita Diabetes Mellitus menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) yaitu :

- a) Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah berhubungan dengan Resistensi Insulin (D. 0027)
- b) Perfusi Perifer Tidak Efektif berhubungan dengan Hiperglikemia (D. 0009)
- c) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan (D.0056)
- d) Resiko jatuh berhubungan dengan penglihatan buram

3. Perencanaan Keperawatan

Tabel 2.10

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1.	SDKI (D. 0027) Ketidaksatabilan Kadar Glukosa Darah Definisi : Variasi kadar glukosa darah naik/turun dari rentang normal. Penyebab : a) Disfungsi pancreas b) Resistensi Insulin c) Gangguan toleransi glukosa darah d) Gangguan glukosa darah Gejala Dan Tanda Mayor Hiperglikemia Subjektif : a) Lelah/Lesu	SLKI (L. 03022) Kestabilan Kadar Glukosa Darah Setelah dilakukan intervensikeperawatan selama ... x ...jam maka Kestabilan Kadar Glukosa Darah meningkat dengan. Kriteria Hasil : a) Koordinasi (meningkat) a) Kesadaran (meningkat) b) Mengantuk (menurun) c) Pusing (menurun) d) Lelah/lesu (menurun)	SIKI (I. 03115) Manajemen Hiperglikemia Observasi : a) Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia b) Monitor kadar glukosa darah c) Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. Polyuria, polydipsia, polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala). d) Monitor intake dan output cairan e) Monitor keton urin, kadar analisa gas darah, elektrolit,tekanan darah ortostatik dan frekuensi nadi.	Observasi : a) Sebagai acuan untuk menentukan nilai kadar gula darah b) Agar kadar glukosa darah dapat terkontrol c) Menghindari terjadinya hiperglikemia d) Menjaga intake dan output stabil e) Agar tidak terjadi komplikasi ketaodosis Metabolik Terapeutik : a) Mempertahankan hidrasi/volume sirkulasi b) Untuk mencegah hypokalemia

	Objektif : b) Kadar glukosa dalam darah/urin tinggi Gejala dan Tanda Minor Hiperglikemia Subjektif : a) Mulut Kering b) Haus Meningkat Objektif : a) Jumlah urin meningkat	e) Keluhan lapar (menurun) f) Gemetar (menurun) g) Berkeringat (menurun) h) Mulut kering (menurun) i) Rasa haus (menurun) j) Kesulitan bicara (menurun) k) Kadar glukosa dalam darah (membaik) l) Kadar glukosa dalam urine (membaik) m) Palpitasi (membaik) n) Perilaku (membaik) o) Jumlah urine (membaik)	Terapeutik : a) Berikan asupan cairan oral b) Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada dan memburuk c) Fasilitasi ambulasi jika ada hiotensi ortostatik Edukasi : a) Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL b) Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri c) Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga d) Anjurkan pengelolaan diabetes Kolaborasi : a) Kolaborasi pemberian insulin, jika perlu b) Kolaborasi pemberian cairan IV, jika perlu c) Kolaborasi pemberian kalium, jika perlu	c) Untuk mencegah terjadinya komplikasi akibat dari hiperglikemi Edukasi : a) Untuk mencegah kerusakan pada sistem organ tubuh yang lain b) Agar klien mampu mengendalikan kadar glukosa darah c) Membantu agar pasien patuh pada diet dan olahraga d) Menginformasikan cara pengelolaan diabetes Kolaborasi : a) Pemberian insulin berfungsi untuk mempertahankan jumlah glukosa dalam darah tetap normal b) Untuk memudahkan memberikan tambahan cairan ke pasien c) Pemberian cairan parental akan membantu dan mengembalikan jumlah normal cairan serta keseimbangan elektrolit.
--	--	---	--	---

2.	SDKI (D. 0009) Perfusi Perifer Tidak Efektif Definisi : Penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh Penyebab : a) Hiperglikemia b) Penurunan konsentrasi hemoglobin c) Peningkatan tekanan darah d) Kekurangan volume cairan e) Penurunan aliran arteri dan atau vena f) Kurang terpapar informasi tentang faktor pemberat (mis. Merokok, gaya hidup monoton, trauma, obesitas, asupan garam, imobilisasi) g) Kurang terpapar informasi tentang proses penyakit (mis. Diabetes mellitus, hiperlipedemia)	SLKI (L. 02011) Perfusi Perifer Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ... x ...jam maka Perfusi Perifer meningkat, dengan. Kriteria Hasil : a) Denyut nadi perifer (meningkat) b) Penyembuhan luka (meningkat) c) Sensasi (meningkat) d) Warna kulit pucat (menurun) e) Edema perifer (menurun) f) Nyeri ekstremitas (menurun) g) Parastesia (menurun) h) Kelemahan otot (menurun) i) Pengisian kapiler (membaik)	SIKI (I. 02079) Perawatan Sirkulasi Observasi: a) Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna,suhu, ankle-brachial index) b) Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi (mis. Diabetes, perokok, orang tua, hipertensi, dan kadar kolestrol tinggi) c) Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas Teurapeutik : a) Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi b) Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi c) Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera d) Lakukan perawatan kaki dan kuku	Observasi : a) Mengetahui kondisi sirkulasi perifer pada pasien b) Mengetahui penyebab gangguan sirkulasi c) Mengetahui dan mengontrol panas, kemerahan atau bengkak pada ekstremitas Teurapeutik : a) Menghindar terjadinya infiltrasi b) Mencegah terjadinya nyeri pada pasien c) Mengontrol tekanan darah agar dalam kondisi normal d) Mencegah terjadinya luka pada kaki Edukasi : a) Untuk memperlancar sirkulasi perfusi perifer b) Mengontrol tekanan darah agar dalam keadaan c) Mencegah terjadinya luka d) Untuk memperbaiki sirkulasi e) Mengetahui dan memberikan
----	---	--	--	--

	h) Kurang aktivitas fisik Gejala dan Tanda Mayor Objektif : a) Pengisian kapiler >3 detik b) Nadi perifer menurun atau tidak teraba c) Akral teraba d) Warna kulit pucat e) Turgor kulit menurun Subjektif : a) Parastesia b) Nyeri ekstremitas (klaudikasi interniten) Objektif : a) Edema b) Penyembuhan luka lambat c) Indeks ankle-brachial		Edukasi : a) Anjurkan berolahraga secara rutin b) Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolestrol, jika perlu. c) Anjurkan meminum obat pengontrol tekanan darah secara teratur d) Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (mis. melembabkan kulit kering pada kaki) e) Anjurkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis.rendah lemak jenuh, minyak ikan, omega f) Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis.rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa)	petunjuk dalam memberikan penanganan yang lebih lanjut f) Agar tekanan darah dapat terkontrol secara efektif
--	--	--	---	---

3.	SDKI (D. 0056) Intoleransi Aktivitas Definisi : Ketidak cukupan energy untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Penyebab : a) Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen b) Tirah baring c) Kelemahan d) Imobilitas e) Gaya hidup monoton Gejala Dan Tanda Mayor Subjektif : a) Mengeluh lelah Objektif : a) Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat	SLKI (L.05047) Toleransi Aktivitas Setelah dilakukann tindakankeperawatan selama ... x ...jam maka Toleransi Aktivitas meningkat, dengan Kriteria Hasil : a) Frekuensi ndi (meningkat) b) Saturasi oksigen (meningkat) c) Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari (meningkat) d) Kecepatan berjalan (meningkat) e) Jarak berjalan (meningkat) f) Kekuatan tubuh bagian atas (meningkat) g) Kekuatan tubuh bagian bawah (meningkat) h) Toleransi dalam menaiki tangga (meningkat) i) Keluhan lelah	SIKI (I. 05178) Manajemen Energi Observasi : a) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan b) Monitor kelelahan fisik dan emosional c) Monitor pola jam tidur d) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Terapeutik e) Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan) f) Lakukan latihan rentang gerak pasif atau aktif g) Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan.	Observasi : a) Untuk mengetahui gangguan fungsi tubuh yang dialami pasien akibat kelelahan b) Untuk mengetahui tingkat kelelahan fisik dan emosional pasien c) Untuk mengetahui pola tidur pasien apakah teratur atau tidak d) Untuk mengetahui lokasi dan tingkat ketidanyamanan pasien selama melakukan aktivitas Terapeutik : a) Untuk memberikan rasa nyaman bagi pasien b) Untuk meningkatkan dan melatih massa otot dan gerak ektremitas pasien Edukasi : a) Mengurangi beban metabolik tubuh dan memberi waktu tubuh untuk beristirahat sehingga mempercepat pemulihan
----	---	--	--	---

	Gejala Dan Tanda Minor Subjektif : a. Dispnea saat/setelah aktivitas b. Merasa tidak nyamansetelah beraktivitas c. Merasa lemah Objektif : a. Tekanan darah berubah >20% dari istirahat b. Gambaran EKG menunjukan aritmia saat/setelah beraktivitas c. Gambaran EKG menunjukan iskemia d. Sianosis	(menurun) j) Dyspnea saat aktivitas (menurun) k) Dyspnea setelah aktivitas (menurun) l) Perasaan lemah (menurun) m) Sianosis (menurun) n) Warna kulit (membaik) o) Tekanan darah (membaik)	Edukasi : a) Anjurkan tirah baring b) Anjurkan melakuka aktivitas secara bertahap c) Anjurkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan Kolaborasi : a) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan	energy b) Mencegah kelelahan berlebih, memungkinkan tubuh beradaptasi terhadap peningkatan aktivitas tanpa memperburuk kondisi pasien c) Membantu pasien mengelola stres emosional dan fisik yang dapat memperparah kelelahan Kolaborasi : a) Asupan nutrisi yang adekuat penting untuk memenuhi kebutuhan energi dan memperbaiki kondisi fisik pasien
4.	Resiko Jatuh Definisi: Peningkatan kerentanan untuk jatuh yang dapat membahayakan fisik Faktor Resiko : Dewasa :	Tingkat Jatuh (L.14138) Setelah dilakukann tindakankeperawatan selama ... x ...jam maka tingkat jatuh menurun, dengan Kriteria Hasil: a) Jatuh dari tempat tidur	Pencegahan Jatuh (I.14540) Observasi : a) Identifikasi faktor resiko jatuh (mis, usia >65 tahun, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan)	Observasi : a) Untuk mengantisipasi potensi jatuh lebih awal berdasarkan kondisi individual pasien yang paling sering berkontribusi

a) Usia 65 tahun atau lebih b) Riwayat jatuh c) Tinggal sendiri d) Prosthesis eksremitas bawah e) Penggunaan alat bantu (mis, walker, tongkat) f) Penggunaan kursi roda Anak : a) Usia dua tahun atau kurang b) Tempat tidur yang terletak di dekat jendela c) Kurangnya penahan/pengekan kereta dorong d) Kurangnya/longgarnya pagar pada tangga e) Kurangnya penghalang tali pada jendela f) Kurang pengawasan orang tua g) Jenis kelamin laki-laki yang berusia < 1 tahun h) Bayi yang tidak diawasi saat berada di permukaan yang tinggi	- menurun b) Jatuh saat berdiri menurun c) Jatuh saat duduk menurun d) Jatuh saat berjalan menurun e) Jatuh saat dipindahkan menurun f) Jatuh saat naik tangga menurun g) Jatuh saat dikamar mandi menurun h) Jatuh saat membungkuk menurun	b) Identifikasikan resiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi c) Identifikasikan faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh (mis. Lantai licin, penerangan kurang) d) Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis, fall morsescale, humpty pumpty jika perlu, e) Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya Teurapetik : a) Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga b) Pasang handtall tempat tidur c) Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah d) Gunakan alat bantu berjalan (mis, kursi roda) e) Dekatkan bel pemanggil	terhadap insiden jatuh. Untuk mengurangi faktor resiko jatuh b) Risiko jatuh dapat berubah dengan cepat, sehingga evaluasi berkala diperlukan agar intervensi tetap sesuai dan efektif. Untuk mengetahui berapa risiko jatuh pada klien c) Faktor lingkungan eksternal dapat menjadi penyebab jatuh yang signifikan dan harus dikenali untuk dicegah. d) Skala risiko membantu dalam pengambilan keputusan klinis berbasis bukti dan menyusun intervensi yang sesuai. e) Perpindahan tempat adalah momen kritis bagi pasien dengan risiko jatuh, sehingga perlu dipantau untuk menentukan tingkat kebutuhan bantuan. Teurapeutik : a) Meningkatkan kesadaran pasien terhadap lingkungan sekitar untuk mengurangi
---	--	---	--

	(mis, tempat tidur, meja) Kognitif : a) Penurunan status mental Lingkungan : a) Lingkungan yang tidak terorganisasi b) Ruang yang memiliki pencahayaan yang redup c) Tidak ada materi yang antislip di kamar mandi d) Tidak ada materi yang antislip ditempat mandi pancuran e) Pengekangan f) Karpet yang tidak rata atau terlipat g) Ruang yang tidak dikenal h) Kondisi cuaca (mis, lantai basah) Medikasi : a) Penggunaan alcohol b) Inhibitor enzyme		dalam jangkauan pasien Edukasi : a) Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin b) Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh c) Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri d) Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat	disorientasi yang dapat menyebabkan jatuh. Agar membantu klien untuk bangun dari tempat tidur b) Memberi dukungan fisik yang stabil saat pasien mencoba duduk atau berdiri, membantu mencegah jatuh c) Mengurangi risiko cedera apabila pasien jatuh dari tempat tidur dan memudahkan pasien saat turun dari tempat tidur. d) Menyediakan stabilisasi tambahan saat mobilisasi, khususnya pada pasien dengan gangguan gaya berjalan atau keseimbangan. e) Memberi pasien akses cepat untuk meminta bantuan saat dibutuhkan, menghindari usaha berpindah sendiri yang berisiko. Edukasi : a) Sepatu dengan sol anti-slip membantu mencegah terpeleset, terutama di lantai rumah sakit atau kamar mandi. b) Fokus saat berdiri atau
--	---	--	---	--

	pengubah angiotensin c) Agen anti ansietas d) Agens anti hipertensi e) Deuretik f) Hipnotik g) Narkotik/opiate h) Obat penenang i) Antidepresan trisiklik Fisiologis : a) Sakit akut b) Anemia c) Arthritis d) Penurunan kekuatan ekstremitas dibawah e) Diare f) Kesulitan gaya berjalan g) Vertigo saat mengekstensikan leher			berjalan dapat membantu pasien menghindari kehilangan keseimbangan. c) Posisi ini meningkatkan stabilitas tubuh dan membantu mencegah jatuh saat berdiri dari posisi duduk. d) Meningkatkan kemandirian pasien dalam meminta bantuan dan mengurangi risiko berpindah sendiri tanpa pengawasan.
--	---	--	--	---

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Dinarti & Muryanti, 2017).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan untuk memenuhi kebutuhan pasien (Dinarti & Muryanti, 2017).

6. Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasi keperawatan adalah proses pencatatan dan pengumpulan berbagai bukti dari seluruh pelaksanaan proses keperawatan. Proses dokumentasi ini menggunakan metode pendekatan proses keperawatan yang mencatat berbagai tanggapan dan respon pasien terhadap berbagai tindakan medis dan tindakan keperawatan yang dilakukan oleh perawat (Prabowo, 2017).

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. TINJAUAN KASUS

1) Pengkajian

a. Identitas

1) Identitas Klien

Nama	: Ny. W
Tempat, tanggal lahir	: Garut, 01 – 07 – 1958
Usia	: 67 Tahun
Jenis kelamin	: Perempuan
Agama	: Islam
Pendidikan	: SD
Alamat	: Kp. Taraju RT.003 RW 004 Desa Salamnunggal Kec. Leles
Suku	: Sunda
Status perkawinan	: Menikah
Tanggal pengkajian	: 25 April 2025

2) Identitas Penanggung Jawab

Nama	: Tn. A
Usia	: 73 Tahun
jenis kelamin	: Laki - laki
Pendidikan	: SD
Hubungan	: Suami

Alamat : Kp. Taraju RT.003/RW004 Desa
Salamnunggal Kec. Leles

3) Riwayat Pekerjaan Dan Status Ekonomi Klien

Pekerjaan saat ini : Ibu rumah tangga
Pekerjaan sebelumnya : Ibu rumah tangga
Kecukupan pendapatan : Cukup
Sumber pendapatan : 60.000/hari

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

Klien mengatakan sering merasa letih

2) Riwayat Kesehatan Saat Ini

Saat dilakukan pengkajian klien mengatakan badannya sering merasa letih dan lesu, letih dirasakan saat melakukan aktivitas dan berkurang saat beristirahat, keluhan dirasakan hilang timbul.

3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Klien mengatakan sudah mempunyai riwayat penyakit diabetes selama 5 tahun. Klien mengatakan sebelumnya pernah dirawat di RSUD dr.Slamet Garut karena penyakit diabetes mellitus pada bulan Januari tahun 2024 dan sering berobat ke Puskesmas Leles dan rutin mengkonsumsi obat metmorfin. Klien mengatakan hasil pemeriksaan gula darah terakhirnya pada tanggal 31 Maret yaitu 400mg/dl. Klien juga mengatakan sebelumnya mempunyai riwayat penyakit hipertensi dan kolestrol.

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

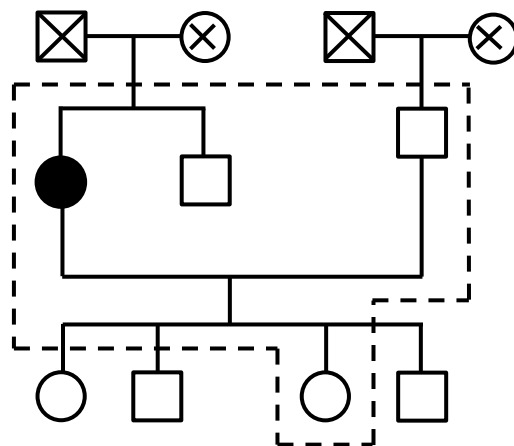
Klien mengatakan dikeluarganya tidak ada yang mengalami penyakit diabetes mellitus yang serupa

5) Status Kesehatan 1 Bulan Yang Lalu Atau 1 Tahun Terakhir

Klien mengatakan pada 1 bulan terakhir mengalami sakit kepala

c. Genogram

Gambar 5.2



:

Keterangan :

-  Laki – Laki
-  Perempuan
-  Meninggal
-  Klien
-  Tinggal Serumah
-  Garis Keturuna
-  Garis Perkawinan

d. Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan umum

Kesadaran : Compos Mentis (E4M6V5)

Klien dalam keadaan sadar penuh

Tanda – tanda vital

Tekanan Darah : 150/90

Frekuensi Nadi : 82x/menit

Frekuensi Nafas : 22x/menit

SPO² : 96%

Suhu Tubuh : 36,2⁰C

2. Pemeriksaan fisik

a. Sistem Neurologis

1. Olfaktorius : Klien dapat membedakan bau kayu putih dan parfum
2. Optik : Klien dapat membaca huruf besar saat ditulis di kertas dan tidak dapat melihat huruf dari jarak yang jauh
3. Okulomotor : Fungsi pergerakan bola mata kontraksi pupil normal
4. Troklearis : Fungsi pergerakan bola mata ke bawah ke atas reflex pupil baik terbukti pupil mengecil saat diberikan rangsangan cahaya

5. Trigeminus : Sensori kulit wajah klien baik
karena masih merasakan goresan tisu pada pipi kanannya
6. Abdusen : Klien dapat menggerakkan bola mata ke kanan dan ke kiri dengan baik
7. Fasialis : Klien dapat mengerutkan dahi dan alisnya
8. Vestibulokoklearis : Klien dapat mendengar saat berbisik dengan jarak 30 cm
9. Glossofaringeus : Klien masih dapat membedakan rasa asin dari garam dan manis gula
10. Vagus : Refleks menelan klien baik
11. Aksesorius : Klien dapat menoleh dan menggerakkan kepala dan lengan
12. Hipoglossus : Klien dapat menggerakkan lidahnya segala arah

b. Sistem Pernapasan

Tidak ada pernafasan cuping hidung, pengembangan dada simetris, tidak ada lesi, tidak ada secret, klien tidak mengalami sesak dan tidak menggunakan alat-alat bantu pernafasan, tidak ada nyeri tekan, terdengar bunyi sonor pada bagian dada kanan dan kiri, Suara nafas vesikuler, irama nafas teratur, tidak terdapat bunyi nafas tambahan

c. Sistem Pencernaan

Bentuk abdomen bulat dan datar tidak ada massa atau pembengkakan pada abdomen, tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan, terdengar bunyi tympani

d. Sistem Perkemihan

Pola BAK 9-10 kali sehari, warna urin kuning jernih, tidak ada pendarahan, Tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih

e. Sistem Integumen

Kulit terlihat bersih, turgor kulit baik, kulit berwarna sawo matang, klien mengatakan sering gatal pada daerah kaki, terdapat bekas garukan pada area kulit, turgor kulit kembali dalam 3 detik

f. Sistem Kardiovaskuler

Tidak ada sianosis, terlihat ictus cordis, tidak ada peningkatan vena jugularis, pengisian kapiler < 3detik, Tidak teraba masa, Tidak terdapat adanya bunyi pekak, Irama jantung regular, suara jantung normal (lupdup)

g. Sistem Endokrin

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, napas pasien tidak berbau keton.
GDS 350mg/dl

h. Sistem Reproduksi

Klien sudah monopouse, jumlah anak 4, anak terkecil berusia 30 tahun, bentuk vagina simetris, tidak berbau, tidak ada lesi, tidak ada kemerahan, BAB lancer/ tidak ada ambeyen, tidak ada tumor

i. Sistem Muskuloskeletal

Kedua tangan dan kaki klien tampak sejajar dan sama panjang, anggota gerak lengkap, tidak ada varises, tidak ada edema, keadaan otot lemah.

5	5
3	4

Klien mengatakan sering mengalami kesemutan dan sakit yang menjalar dari ekstremitas atas ke ekstremitas bawah

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada edema

e. Pengkajian Psikososial Dan Spiritual

1. Data psikologis

Klien dapat menjawab pertanyaan dengan jelas, klien selalu memberi informasi dengan jelas dan mudah dipahami. Klien mengatakan keadaan emosinya baik, jika ada masalah klien selalu menyelesaikan dengan kepala dingin

2. Data Sosial

Klien mengatakan dapat bersosialisasi dan mudah bergaul dengan masyarakat maupun orang lain. Klien mengatakan hubungan dengan keluarganya baik, harmonis, dan saling terbuka. Klien mengatakan tidak mempunyai masalah baik dengan keluarga maupun orang lain

3. Data spiritual

Klien mengatakan beragama islam dan taat dalam melakukan ibadah seperti solat 5 waktu dan aktif dalam mengikuti pengajian. Klien mengatakan bahwa yakin akan sehat kembali dalam keadaan baik dan tidak pernah lupa berdoa untuk kesembuhannya

f. Pemeriksaan Penunjang

Hasil GDS saat pengkajian pada tanggal 25 april 2025 di dapatkan hasil yaitu 350 mg/dl.

g. Riwayat Pola Aktivitas Sehari Hari

Tabel 3.1

No	Aktivitas	Sebelum Sakit	Sesudah Sakit
1.	Nutrisi : a. Makan Jenis Frekuensi Porsi cara b. Minum Jenis Frekuensi cara	Nasi + lauk pauk + sayur + buah 3x/hari 1 porsi Mandiri Air putih ± 5-6 gelas/hari Mandiri	Nasi + lauk pauk + sayur + buah 3x/hari 1 porsi Mandiri Air putih ± 5-6 gelas/hari Mandiri
2.	Eliminasi a. Bab Konsistensi Frekuensi Warna Bau Cara b. Bak Frekuensi Warna Bau Cara	Lembek 1x/hari Hijau Khas feses Mandiri ± 6x/hari Kuning Khas urine Mandiri	Lembek 1x/hari Hijau Khas feses Mandiri ± 9x/hari Kuning Khas urine Mandiri
3.	Istirahat dan tidur a. Tidur malam Frekuensi kualitas b. Tidur siang Frekuensi Kualitas	8 jam Nyenyak Tidak menentu Nyenya	8 jam Nyenyak Tidak menentu Nyenyak

4.	Personal hygiene a. Mandi dan sikat gigi Frekuensi Menggunakan sabun b. Ganti pakaian c. Cara	1-2x/hari Ya 1-2x/hari Mandiri	1-2x/hari Ya 1-2x/hari Mandiri

h. Pengkajian Khusus Lansia

1. Pengkajian Fungsional

a. Katz Indeks

Tabel 3.2

Kategori	Kriteria
A	Kemandirian dalam hal makan, kontinensia (BAB,BAK), berpindah, pergi ke toilet, berpakaian dan mandi
B	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali salah satu dari fungsi tersebut di atas
C	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi dan salah satu fungsi yang lain seperti tersebut di atas
D	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian dan salah satu fungsi lain seperti tersebut di atas
E	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian, ke toilet dan salah satu fungsi lain seperti tersebut di atas
F	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian, ke toilet, berpindah dan salah satu fungsi yang lain seperti tersebut di atas
G	Ketergantungan untuk semua (enam) fungsi yang tersebut di atas

Kesimpulan :

Setelah dilakukan pemeriksaan, tingkat kemandirian Ny. W termasuk kategori A yaitu kemandirian dalam hal makan, bab, bak, berpindah, pergi ke toilet, berpakaian serta mandi.

b. Barthel Indeks

Tabel 3.3

No	Kriteria	Dengan Bantuan	Mandiri	Keterangan
1.	Makan		10	Frekuensi : 3x/hari Jumlah : 1 porsi Jenis : Nasi
2.	Minum		10	Frekuensi : $\pm$ 5-6 gelas/hari Jumlah: 1 gelas Jenis : Air putih
3.	Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur atau sebaliknya		15	Klien mampu berpindah tempat tidur secara mandiri
4.	Personal toilet (cuci muka, menyisir rambut, gosok gigi)		10	Frekuensi : 1-2x/hari
5.	Keluar masuk toilet (mencuci pakaian, menyeka tubuh, menyiram)		10	Klien mampu melakukan mencuci pakaian, menyeka tubuh, menyiram secara mandiri
6.	Mandi		15	Frekuensi : 1-2x/hari
7.	Jalan di permukaan datar		5	Klien mampu berjalan di permukaan datar
8.	Naik turun tangga	5		Klien mampu naik turun tangga dengan dibantu
9.	Mengenakan pakaian		15	Klien mampu mengenakan pakaian secara mandiri
10.	Kontrol BAB		5	Klien mampu BAB secara mandiri
11.	Kontrol BAK		10	Frekuensi : $\pm$ 9x/hari
12.	Olaharaga / latihan	5		Klien mampu berolahraga dengan bantuan

13.	Rekreasi / pemanfaatan waktu luang		10	Klien mampu pergi ke pengajian
JUMLAH		10	115	125

Kesimpulan :

Dari hasil pengkajian nilai barthel indeks pada Ny. W yaitu 125 yang berarti ketergantungan sebagian

2. Pengkajian Emosional

a. Pertanyaan Tahap 1

Apakah klien mengalami sukar tidur? (Tidak)

Apakah klien sering merasa gelisah? (Tidak)

Apakah klien sering murung/menangis sendiri? (Tidak)

Apakah klien sering was-was atau khawatir? (Tidak)

b. Pertanyaan Tahap 2

Adakah keluhan > dari 3 bulan dalam 1 bulan terakhir? (Ya)

Adakah keluhan > 1 kali dalam 1 bulan terakhir? (Ya)

Adakah masalah atau banyak pikiran? (Tidak)

Adakah gangguan/masalah dengan anggota keluarga? (Tidak)

Apakah klien gunakan obat tidur/penenang atas anjuran dokter?. (Tidak)

Apakah klien cenderung mengurung diri? (Tidak)

Kesimpulan hasil interpretasi status emosional : Dari hasil

pengkajian didapatkan Ny.w memiliki masalah emosional positif

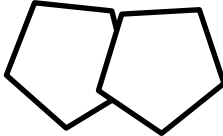
3. Pengkajian Status Mental

a. MMSE (*Mini Mental State Exam*)

Tabel 3.4

No	Aspek Kongnitif	Nilai Maksimum	Nilai Klien	Pertanyaan (Kriteria)
1.	Orientasi	5	4	Menyebutkan dengan benar : 1) Tahun berapa sekarang ? 2025 2) Musim apa sekarang ? Hujan 3) Tanggal berapa sekarang ? 3 4) Hari apa sekarang ? Rabu 5) Bulan apa sekarang ? April
		5	5	Menyebutkan dimana sekarang kita berada : 1) Negara apa? Indonesia 2) Propinsi apa? Jawa barat 3) Kota apa? Garut 4) Kampung apa? Kp.Taraju 5) Alamat dimana? Kp. Taraju Desa Salammunggal Kec Leles
2.	Registrasi	3	3	Menyebutkan 3 nama objek Jam, cincin, pulpen
3.	Perhatian Dan Kalkulasi	5	5	Minta klien untuk memulai dari angka 100 kemudian dikurangi 7 sampai 5 kali/tingkat (nilai 1 point untuk tiap jawaban benar) 1) 93 2) 86 3) 79 4) 72 5) 65 tau jika lansia tidak bisa berhitung, bisa mengeja kalimat secara mundur (skor adalah jumlah urutan huruf yang disebutkan dengan benar, 1 point untuk setiap hurufnya), misal : DUNIA (eja: A-I-N-U-D)

4.	Mengingat	3	3	Meminta klien menyebutkan benda pada poin ke – 2 1) Jam 2) Cincin 3) Pulpen
5.	Bahasa	9	9	1) Membuat nama Tunjukkan pada klien suatu benda (buku) ulangitunjukkan benda yang berbeda (pensil) 2) Pengulangan Minta klien untuk mengulang kalimat setelah kita sebutkan terlebih dahulu, misal “Tidak ada jika, dan, atau tetapi”. 3) Perintah 3 tahap Ucapkan perintah terlebih dahulu kemudian berikan selembar kertas kosong, minta untuk melipatnya menjadi 2 kemudian minta untuk menaruhnya di lantai. (nilai 1 untuk masing-masing perintah yang dilakukan dengan benar) 4) Membaca Dalam selembar kertas kosong tulis kalimat “Pejamkan mata anda” Ditulis besar dapat dibaca jelas oleh lansia. Minta lansia membacanya dan melakukan apa yang tertulis (point 1 hanya diberikan jika klien menutup mata setelah membaca kalimat) 5) Menulis Menulis (Writing) Berikan selembar kertaskosong, minta klien untuk menulis sebuah kalimat yang terdiri dari subjek/kata benda, predikat/kata kerja

				6) Menyalin Gambar Berikan selembar kertas kosong, minta lansia untuk menyalin gambar seperti di bawah ini, 10 sisi harus ada dan keduanya bersinggungan, jika benar beri nilai 1 point 
--	--	--	--	---

Keterangan : Jumlah 29

Kesimpulan : Tidak ada gangguan kognitif/normal

Dari hasil pengkajian MMSE (Mini Mental

Status Exam) Ny. W di dapatkan total 29

tidak ada gangguan kognitif/normal

b. SPMSQ (*Short Portable Mental Status Questionare*)**Tabel 3.5**

Skor Jawaban		No Soal	Soal Pertanyaan	Jawaban
Benar	Salah			
	√	1	Tanggal berapa hari ini ?	3 April 2025
√		2	Hari apa sekarang ?	Rabu
√		3	Apa nama tempat ini ?	Rumah klien
√		4	Dimana alamat ini ?	Kp. Taraju
√		5	Berapa umur anda ?	67 tahun
√		6	Kapan anda lahir ?	01-juli-1958
√		7	Siapa presiden indonesia ?	Prabowo
√		8	Siapa presiden indonesia sebelumnya ?	Jokowi
√		9	Siapa nama ibu anda ?	Ny. i
√		10	Kurang 3 dari 20 dan tetap dikurangi sampai 3 kali pengurangan	17, 11, 14
Jumlah skor total jawaban salah				1

Interprestasi :

Jumlah jawaban salah sebanyak 0-3 : fungsi intelektual utuh

Jumlah jawaban salah sebanyak 4-5 : kerusakan intelektual ringan

Jumlah salah sebanyak 6-8 : kerusakan intelektual sedang

Jumlah jawaban salah sebanyak 9-10 : kerusakan intelektual ringan

Dari hasil short portable mental status questionare (SMPSQ) didapatkan

hasil benar 9 dan salah 1 ini menunjukan Ny. W memiliki fungsi intelektual utuh.

4. Pengkajian Depresi

a. GDS (Geriatric Depression Scale) ?

Tabel 3.6

No	Pertanyaan	Jawaban	Skor
1.	Apakah pada dasarnya anda puas dengan kehidupan anda?	Ya	
2.	Apakah anda sudah meninggalkan banyak kegiatan dan minat/kesenangan anda?	Tidak	
3.	Apakah anda merasa kehidupan anda hampa?	Tidak	
4.	Apakah anda sering merasa bosan?	Tidak	
5.	Apakah anda penuh pengharapan akan masa depan?	Ya	
6.	Apakah anda diganggu oleh pikiran-pikiran yang tidak dapat anda keluarkan/ungkapkan?	Tidak	
7.	Apakah anda mempunyai semangat baik sepanjang waktu?	Ya	
8.	Apakah anda takut sesuatu yang buruk akan terjadi pada anda?	Ya	
9.	Apakah anda merasa bahagia pada sebagian besar waktu anda?	Ya	
10.	Apakah anda sering merasa tidak berdaya?	Tidak	
11.	Apakah anda sering merasa gelisah dan resah/gugup?	Tidak	
12.	Apakah anda lebih senang tinggal di rumah daripada pergi keluar dan mengerjakan sesuatu hal yang baru?	Tidak	
13.	Apakah anda seringkali kuatir akan masa depan?	Ya	1
14.	Apakah anda merasa mempunyai banyak masalah dg daya ingat anda dibandingkan kebanyakan orang?	Tidak	
15.	Apakah anda pikir hidup anda sekarang ini menyenangkan?	Ya	
16.	Apakah anda merasa murung dan sedih?	Tidak	
17.	Apakah anda merasa tidak berharga seperti perasaan anda saat kini?	Tidak	
18.	Apakah anda sangat kuatir tentang kejadian masa lalu?	Tidak	
19.	Apakah anda merasakan bahwa kehidupan ini sangat menyenangkan/menarik?	Ya	
20.	Apakah anda merasa berat untuk memulai proyek/pekerjaan baru?	Tidak	
21.	Apakah anda merasa penuh semangat?	Ya	
22.	Apakah anda merasa bahwa keadaan anda tidak ada harapan?	Tidak	

23.	Apakah anda pikir bahwa orang lain lebih baik keadaannya daripada anda?	Tidak	
24.	Apakah anda seringkali kesal terhadap hal-hal sepele?	Tidak	
25.	Apakah anda seringkali merasa ingin menangis?	Ya	1
26.	Apakah anda mempunyai kesulitan dalam berkonsentrasi?	Ya	
27.	Apakah anda senang bangun di pagi hari?	Ya	
28.	Apakah anda lebih senang menghindari kegiatan sosial?	Tidak	
29.	Apakah mudah bagi anda untuk mengambil keputusan?	Tidak	1
30.	Apakah pikiran anda jernih seperti biasanya?	Ya	
Jumlah			3

Interpretasi :

1. **Normal** : jika skornya 0-9
2. **Mild depressives** : jika skornya 10-19
3. **Severe depressives** : jika skornya 20-30

Dari hasil pengkajian GDS (Geriatric Depression Scale) pada Ny.W adalah 3 yang menunjukkan tidak ada masalah depresi atau normal.

5. APGAR Keluarga

Tabel 3.7

No	Uraian Dan Fungsi	Selalu (2)	Kadang – Kadang (1)	Tidak Pernah (0)
a)	A : Adaptasi Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga (teman-teman) saya untuk membantu pada waktu sesuatu menyusahkan saya	√		
b)	P : Partnership Saya puas dengan cara keluarga (teman – teman) saya	√		

	membicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan masalah saya			
c)	G : Growth Saya puas bahwa keluarga (teman – teman) saya menerima & mendukung keinginan saya untuk melakukan aktivitas atau arah baru	√		
d)	A : Afek Saya puas dengan cara keluarga (teman – teman) saya mengekspresikan afek dan brespon terhadap emosi – emosi saya, seperti marah, sedih atau mencintai		√	
e)	R : Resolve Saya puas dengan cara teman – teman saya dan saya menyediakan waktu bersama – sama mengekspresikan afek dan berespon		√	
Jumlah		8		

Keterangan : Dari hasil pengkajian didapatkan skor apgar keluarga pada Ny. W adalah 8 yang menunjukkan status fungsional berfungsi dengan baik

6. Morse Fall Scale (MFS)

Nama lansia : Ny. W

Umur : 67 Tahun

Tanggal : 25 April 2025

Tabel 3.8

No	PENGKAJIAN	SKALA	NILAI	KETERANGAN
1.	Riwayat jatuh : apakah lansia pernah jatuh dalam 3 bulan terakhir ?	Tidak 0 Ya 25	0	

2.	Diagnosa sekunder : apakah lansia memiliki lebih dari satu penyakit ?	Tidak 0 Ya 15	15	
3.	Alat bantu jalan : - Bed rest / dibantu perawat - Kruk / tongkat / walker - Berpegangan pada benda-benda di sekitar seperti (kursi, lemari , meja)	0 15 30	15	
4.	Terapi intravena : apakah saat ini lansia terpasang infus ?	Tidak 0 Ya 20	0	
5.	Gaya berjalan / cara berpindah : - Normal / bed rest / (tidak dapat bergerak sendiri - Lemah (Tidak bertenaga) - Gangguan / tidak normal (pincang / diseret)	0 10 20	10	
6.	Status Mental - Lansia menyadari kondisi dirinya - Lansia mengalami keterbatasan daya ingat	0 15	0	
Total Nilai		40 (Resiko rendah)		

Interprestasi :

0-24 : Tidak beresiko

25-50 : resiko rendah

≥ 51 : risiko tinggi

Dari hasil pengkajian Morse Fall Scale (MFS) pada Ny.W adalah 40 yang menunjukkan Ny. W beresiko rendah untuk terjatuh.

7. Tes Keseimbangan Pada Lansia

Tabel 3.9

No	Kriteria	Normal	Gangguan
A	Perubahan posisi / gerakan keseimbangan		
8.	Bangun dari kursi		√
9.	Duduk ke kursi	√	
10.	Menahan dorongan pada sternum (3 x)		√
11.	Mata tertutup	√	
12.	Perputaran leher	√	
13.	Gerakan menggapai sesuatu	√	
14.	Membungkuk	√	
B	Komponen gaya berjalan atau gerakan		
7.	Berjalan sesuai perintah	√	
8.	Kemampuan mengangkat kaki saat jalan		√
9.	Kontinuitas / konsisten dalam langkah kaki / mengangkat kaki		√
10.	Kesimetrisan langkah		√
11.	Penyimpangan jalur saat berjalan		√
12.	Berbalik		√
Jumlah		6	7
		7 Resiko jatuh sedang	

JUMLAH : 7 Risiko jatuh sedang

Interprestasi :

0-5 : risiko jatuh

6-10 : risiko jatuh sedang

11-13 : risiko jatuh tinggi

Dari hasil pengkajian Tes Keseimbangan Lansia pada Ny.W adalah 7 yang menunjukkan Ny. W beresiko Jatuh sedang.

2. Analisa Data

Tabel 3.10

No	Data	Etiologi	Masalah
1.	DS : - Klien mengatakan badannya sering merasa letih dan lesu - Klien mengatakan sering merasa haus - Klien mengatakan sering BAK 8-9 kali sehari - Klien mengatakan mengkonsumsi obat metmorfin dari puskesmas DO : - Klien terlihat lemas - GDS 350mg/dl - Tanda tanda vital : TD : 150/100 N : 90x/menit R : 22x/menit	Ketidakseimbangan produksi urin ↓ Glukosa tidak dapat masuk ke dalam sel ↓ Hiperglikemia ↓ Ketidakstabilan Glukosa Darah	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah
2.	DS : - Klien mengatakan sering kesemutan pada daerah kaki - Klien mengatakan nyeri pada telapak kaki DO : - Warna kulit pada kaki terlihat pucat - Akral dingin - Turgor kulit menurun - Kulit kaki kering pengisian kapiler >3	Ketidakseimbangan produksi urin ↓ Glukosa tidak dapat masuk ke dalam sel ↓ Hiperglikemia ↓ Kelainan pembuluh darah ↓ Viskositas darah	Perfusi Perifer Tidak Efektif

	detik	meningkat ↓ Aliran darah meningkat ↓ Iskemia jaringan ↓ Perfusi Perifer Tidak Efektif	
--	-------	--	--

3. Diagnosa Keperawatan

1. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin (D.0027)

DS :

- a) klien mengatakan badannya sering merasa letih dan lesu
- b) klien mengatakan sering merasa haus
- c) Klien mengatakan sering BAK 8-9 kali sehari
- d) Klien mengatakan mengkonsumsi obat metmorfin dari puskesmas

DO :

- a) Klien terlihat lemas
- b) GDS 350mg/dl
- c) Tanda - tanda vital

TD : 150/100mmhg

N : 90x/menit

R : 22x/menit

2. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia (D0009)

DS :

- a) Klien mengatakan sering kesemutan pada daerah kaki
- b) Klien mengatakan nyeri pada telapak kaki

DO :

- a) Warna kulit pada kaki terlihat pucat
- b) Akral teraba dingin

- c) Turgor kulit menurun
- d) Kulit kaki kering pengisian kapiler >3 detik

4. Perencanaan Keperawatan

Nama : Ny. W

Umur : 67 tahun

Jenis Kelamin : Perempuan

Diagnosa : Diabetes Melitus

Tabel 4.1

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1.	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah b.d Resistensi Insulin Ds: 1. Klien mengatakan badannya sering merasa letih dan lesu 2. Klien mengatakan sering BAK 9-10 kali sehari 3. Klien mengatakan sering kesemutan pada	SLKI (L.0322) Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 5 kali kunjungan maka kestabilan kadar glukosa darah meningkat dengan. Kriteria Hasil : 1. Lelah/lesu menurun	SIKI (1.03115) Managemen Hiperglikemia Observasi : 1. Monitor kadar glukosa darah 2. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. Polyuria, polydipsia, polifasia, malaise, pandangan kabur, sakit kepala)	Observasi : 1. Agar glukosa dalam darah dapat terkontrol 2. Menghindari terjadinya hiperglikemia Teurapeutik : 1. Agar glukosa dalam darah dapat terkontrol

	daerah kaki Do: 1. Klien terlihat lemas 2. GDS : 400mg/Dl	2. Rasa haus menurun 3. Kadar glukosa dalam darah membaik 4. Jumlah urine membaik	Teurapetik : 1. Berikan asupan cairan oral Edukasi : 1. Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri 2. Anjurkan pengelolaan diabetes (mis. Penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan, penggantian karbohidrat dan bantuan professional kesehatan)	Edukasi : 1. Agar klien mampu mengontrol kadar gula dalam darah secara mandiri 2. Menginformasikan cara pengelolaan diabetes
2.	Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d Hiperglikemia Ds : 1. Klien mengatakan sering kesemutan pada daerah kaki 2. Klien mengatakan nyeri pada telapak kaki	SLKI (L.02011) Perfusi Perifer Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 5 kali pertemuan maka perfusi perifer meningkat dengan. Kriteria Hasil : 1. Sensasi meningkat	SIKI (I. 02079) Perawatan Sirkulasi Observasi : 1. Periksa sirkulasi perifer Edukasi : 1. Anjurkan berolahraga secara rutin 2. Anjurkan melakukan	Observasi : 1. Mengetahui kondisi sirkulasi perifer pada pasien Edukasi : 1. Untuk memperlancar

	Do : 1. Warna kulit pada kaki terlihat pucat 2. Akral dingin 3. Turgor kulit menurun 4. Kulit kaki kering pengisian kapiler >3 detik	2. Warna kulit pucat menurun 3. Parastesia menurun 4. Pengisian kapiler membaik 5. Turgor kulit membaik	perawatan kulit yang tepat (mis. Melembabkan kulit kering pada kaki)	sirkulasi perfusi perifer 2. Mencegah terjadinya luka
--	---	--	--	--

5. Implementasi Dan Evaluasi Keperawatan

Implementasi Keperawatan Ny. W

Tabel 4.2

No	Diagnosa	Tanggal Waktu	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1.	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah	Sabtu 26 - 04 -2025 10.00	Observasi : 1) Melakukan pemeriksaan kadar glukosa darah Hasil : GDS 329 mg/dl 2) Melakukan pengkajian tanda dan gejala Diabetes Melitus yang dirasakan Hasil : Klien mengatakan badan sering merasa letih dan lesu, sering merasa haus, dan frekuensi BAK meningkat 9-10x/ hari 3) Memberikan asupan cairan oral kepada klien Hasil : klien minum sesuai anjuran 4) Melakukan penyuluhan tentang Diabetes Melitus (Definisi, penyebab, tanda	S : – Klien mengatakan badannya sering merasa letih dan lesu – Klien mengatakan sering merasa haus – Klien minum sesuai anjuran – Klien mengatakan frekuensi BAK 9-10 kali sehari – Klien mengatakan rutin meminum obat metmorfin O : – Klien terlihat lemas – GDS : 329mg/dl – Tanda tanda vital – Tekanan darah : 150/100mmhg – Frekuensi nadi : 89x/menit	Shelomita

			dan gejala, factor, resiko, komplikasi) Hasil : klien mampu memahami definisi, penyebab, tanda dan gejala, factor resiko dan komplikasi Diabetes Melitus 5) Memberikan edukasi cara meminum obat secara benar, tepat dan teratur. Hasil : klien tampak memahami klien mengatakan meminum obat metmorfin secara teratur	– Frekuensi nafas :20×/menit A : Masalah gangguan ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi	
2.	Perfusi Perifer Tidak Efektif	Sabtu 26-04-2025 12.00	Observasi : 1) Melakukan pemeriksaan sirkulasi perifer Hasil : Pengisian kapiler >3 detik, warna kulit pada kaki terlihat pucat, akral teraba dingin 2) Melakukan penyuluhan kesehatan tentang senam kaki diabetes Hasil : Klien mengatakan merasa nyaman setelah	S : – Klien mengatakan kakinya sering merasa kesemutan – Klien mengatakan telapak kakinya terasa kebas dan sering gatal O : – Pengisian kapiler > 3 detik – Warna kulit pucat – Akral teraba dingin – Turgor kulit menurun	Shelomita

			melakukan senam kaki diabetes 3) Memberikan edukasi cara perawatan kulit yang tepat (mencuci kaki dengan sabun, memilih alas kaki yang tepat dan pencegahan cedera) Hasil : Klien mampu memahami dan mempraktekan cara perawatan kulit	– Kulit kaki kering A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi	
--	--	--	--	---	--

6. Catatan Perkembangan

Nama : Ny. W

Umur : 67 Tahun

Catatan Perkembangan Ke-1

Tabel 4.3

Dx	Tanggal/Waktu	Catatan Perkembangan	Paraf
1	Senin 28-04-2025 10.00 wib	S : – Klien mengatakan letih dan lesu mulai berkurang – Klien mengatakan masih merasa haus – Klien mengatakan frekuensi BAK berkurang dari 8-9 kali sehari – Klien mengatakan sudah meminum obat secara teratur O : – Klien terlihat lebih segar – Gula darah sewaktu : 239mg/dl – Tanda-tanda vital : – Tekanan darah : 140/100mmhg – Frekuensi nadi : 90×/menit – Frekuensi nafas : 20×/menit A : Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi sebagian P : Lanjutkan Intervensi E : Masalah teratasi sebagian	Shelomita
2	Senin 28-04-2025 11.30 wib	S : – Klien mengatakan setelah melakukan senam kaki Diabetes Melitus kesemutan dan kebas berkurang O : – Pengisian kapiler kurang dari <3 detik – Akral teraba dingin – Warna kulit pucat A :	Shelomita

		Masalah perfusi perifer tidak efektif teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi I : – Melanjutkan pemeriksaan sirkulasi perifer – Menganjurkan senam kaki diabetes E : Masalah teratasi sebagian	
--	--	---	--

Nama : Ny. W

Umur : 67 Tahun

Catatan Perkembangan Ke-2

Dx	Tanggal/waktu	Catatan Perkembangan	Paraf
1	Selasa 29-04-2025 09.00 wib	S : – Klien mengatakan letih dan lesu mulai berkurang – Klien mengatakan masih sering merasa haus – Klien mengatakan frekuensi BAK berkurang 8-9 kali sehari – Klien mengatakan sudah meminum obat secara teratur O : – Klien terlihat lebih segar – GDS : 239 mg/dl – Tanda tanda vital – Tekanan darah : 135/100mmhg – Frekuensi nadi : 90×/menit – Frekuensi nafas : 20×/menit A : Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi sebagian P : Lanjutkan Intervensi I : – Menganjurkan meminum obat secara teratur – Menganjurkan klien untuk memeriksa Gula darah sewaktu setiap 10 kali sehari E : Masalah teratasi sebagian	Shelomita
2	Selasa 29-04-2025 10.15	S : – Klien mengatakan setelah melakukan senam kaki, kesemutan berkurang dan kaki terasa lebih ringan O :	Shelomita

		– Akral teraba hangat – Pengisian kapiler <2 detik – Turgor kulit membaik A : Masalah perfusi perifer teratasi P : Pertahankan Intervensi	
--	--	--	--

B. PEMBAHASAN

Pada bagian ini penulis akan membahas mengenai kesenjangan-kesenjangan antara tinjauan teori dan tinjauan kasus yang di temukan selama melaksanakan Asuhan Keperawatan Pada Ny. W dengan Diabetes Melitus pada Katz Indeks A Di Kampung Taraju RT 003 RW 004 kelurahan Salamnunggal Kecamatan Leles kabupaten Garut yang meliputi pengkajian, diagnose keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan fondasi dari seluruh proses keperawatan. Data yang akurat dan lengkap sangat menentukan keberhasilan dalam menyusun diagnosa dan intervensi keperawatan yang tepat. Pengkajian yang baik mencakup aspek bio-psiko-sosial dan spiritual pasien, serta mempertimbangkan faktor usia, budaya, dan lingkungan pasien.

Pada saat dilakukan pengkajian penulis menemukan kecocokan antara tanda dan gejala menurut teori dan gejala yang muncul pada Ny. W yaitu 350mg/dl, adanya kesemutan pada daerah kaki, lalu klien mengatakan sering merasa haus, sering kencing pada malam hari dengan frekuensi 9-10 kali/hari.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis perawat terhadap respons pasien terhadap masalah kesehatan aktual atau potensial. Diagnosa ini menjadi dasar untuk merancang intervensi yang tepat guna mencegah, mengatasi, atau memperbaiki kondisi kesehatan pasien.

a) Diagnosa 1 : Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan Resistensi insulin.

Ny. W mengeluh sering letih dan lesu akibat kurangnya insulin dan reseptor insulin, sehingga glukosa tidak dapat masuk ke sel dan menyebabkan kekurangan energi. Hasil pemeriksaan menunjukkan kadar gula darah tinggi (350 mg/dL) akibat kerusakan sel beta pankreas yang menyebabkan hiperglikemia. Ny. W juga mengalami polidipsi dan poliuria (9–10 kali buang air kecil per hari) karena kelebihan glukosa tidak diserap ginjal, menyebabkan diuresis osmotik dan dehidrasi intraseluler.

b) Diagnosa 2: Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia.

Ny. W mengeluh kesemutan, baal, dan gatal pada kaki akibat hiperglikemia kronis yang menyebabkan neuropati dan angiopati diabetik. Darah menjadi lebih pekat, menurunkan sirkulasi dan oksigenasi ke ekstremitas bawah (iskemia), sehingga menimbulkan gejala tersebut. Tidak ditemukan masalah kulit, menjadi kesenjangan antara teori dan data lapangan.

3. Perencanaan Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah tindakan terapeutik yang direncanakan dan dilakukan perawat berdasarkan penilaian klinis untuk memenuhi kebutuhan dan meningkatkan kesehatan klien. Sesuai UU No. 38 Tahun 2014,

perawat berwenang melakukan asuhan keperawatan termasuk tindakan langsung, kolaboratif, edukatif, hingga intervensi komplementer.

Pada tahap ini, penulis menyusun rencana tindakan berdasarkan masalah, situasi, kondisi, dan kemampuan klien, mengacu pada SLKI dan kondisi Ny.

W. Rencana keperawatan dibuat untuk mengatasi masalah yang muncul.

a) Diagnosa 1: Ketidakstabilan kadar glukosa darah

Target: 5×1 jam

Kriteria hasil: lelah/lesu dan rasa haus menurun, kadar glukosa membaik

Intervensi :

- a. Monitor kadar glukosa dan gejala DM
- b. Anjurkan minum obat rutin Rencana sesuai teori manajemen hiperglikemia, tanpa kesenjangan.

b) Diagnosa 2: Perfusi perifer tidak efektif

Target: 5×1 jam

Kriteria hasil: sensasi, warna kulit, pengisian kapiler, turgor kulit membaik; parastesia dan kelemahan otot menurun

Intervensi :

- a. Periksa sirkulasi perifer
- b. Ajarkan senam kaki diabetes
- c. Anjurkan perawatan kulit kaki

Rencana sesuai teori perawatan sirkulasi, tanpa kesenjangan.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah pelaksanaan rencana intervensi yang telah disusun untuk mencapai tujuan spesifik dalam asuhan keperawatan. Tahapan ini mencakup tindakan langsung kepada klien, observasi respon, serta pengumpulan data lanjutan, yang memerlukan keterampilan kognitif, interpersonal, dan teknis dari perawat.

Secara umum, penulis berhasil mengimplementasikan rencana tindakan keperawatan sesuai tujuan, kriteria hasil, dan dasar ilmiah.

a) Diagnosa 1 : Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah

Penulis melakukan pemeriksaan GDS (hasil: 350 mg/dl), pengkajian gejala melalui diskusi langsung, serta edukasi DM menggunakan leaflet. Hasilnya, Ny. W mampu menjelaskan pengertian, gejala, faktor risiko, dan komplikasi DM. Klien juga diedukasi cara konsumsi obat dengan hasil Ny. W rutin minum metformin. Semua tindakan terlaksana tanpa hambatan.

b) Diagnosa 2 : Perfusi Perifer Tidak Efektif

Penulis mengajarkan perawatan kaki dan kuku (memberi pelembap dan memotong kuku), serta memberikan edukasi senam kaki DM yang dipraktikkan langsung. Hasilnya, Ny. W mampu melakukan kedua tindakan dengan baik. Semua rencana terlaksana lancar.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah proses menilai sejauh mana pasien telah mencapai tujuan yang ditetapkan berdasarkan respon terhadap tindakan keperawatan. Hasil evaluasi menentukan apakah rencana asuhan dihentikan, dimodifikasi, atau dilanjutkan sesuai perkembangan kondisi pasien.

a) Diagnosa 1 : Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah

Keluhan letih, lesu, sering haus, dan sering BAK berkurang. Namun, kadar gula darah puasa masih tinggi (320 mg/dl). Masalah teratasi sebagian. Intervensi dilanjutkan dengan pemeriksaan gula darah rutin dan anjuran konsumsi obat secara teratur.

b) Diagnosa 2 : Perfusi Perifer Tidak Efektif

Teratasi pada hari kedua. Klien tidak lagi merasakan kesemutan, baal, maupun gatal setelah melakukan senam kaki dan perawatan kulit. Intervensi dipertahankan agar masalah tidak kambuh.

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. KESIMPULAN

Setelah penulis melakukan “Asuhan Keperawatan Pada Ny. W Dengan Diabetes Melitus Pada Katz Indeks A Di Kampung Taraju RT 003, RW 004 Desa Salamnunggal Kecamatan Leles Kabupaten Garut” maka penulis dapat menyimpulkan sebagai berikut :

1. Pengkajian Penulis mampu melakukan pengkajian secara komprehensif terhadap aspek-aspek yang terdapat pada Ny. W, klien mengeluh badan sering merasa letih dan lesu disertai kesemutan pada daerah kaki.
2. Diagnosa Keperawatan Penulis mampu membuat masalah keperawatan dari hasil pengkajian berdasarkan prioritas masalah yang timbul pada Ny. W diantaranya adalah Ketidakstabilan kadar glukosa darah, perfusi perifer tidak efektif,intoleransi aktivitas.
3. Intervensi Keperawatan Penulis mampu membuat rencana tindakan keperawatan berdasarkan prioritas masalah sesuai dengan keadaan pada Ny. W seperti identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia, monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. Polyuria, polydipsia, polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala), monitor intake dan output cairan, anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga, anjurkan pengelolaan diabetes, Periksa sirkulasi perifer, identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi (mis. diabetes), lakukan perawatan kaki dan kuku anjurkan berolahraga secara rutin (mis.

senam diabetes anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (mis. melembabkan kulit kering pada kaki). Identifikasi jenis aktivitas yang menyebabkan kelelahan, monitor asupan makanan, monitor pola tidur, lakukan orentang gerak pasif, ajarkan olahraga ringan.

4. Implementasi Keperawatan Penulis mampu melaksanakan semua tindakan keperawatan yang telah direncanakan tanpa adanya hambatan apapun pada lansia Ny. W dengan Diabetes Melitus Pada Katz Indeks A Di Kampung Taraju RT 003, RW 004 Desa Salamnunggal Kecamatan Leles Kabupaten Garut
5. Evaluasi Keperawatan Penulis mampu mengevaluasi hasil tindakan keperawatan yang telah dilakukan. Hasil evaluasi tindakan keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah dan perfusi perifer belum teratasi, dan untuk masalah Intoleransi aktivitas masalah dapat teratasi pada hari ke 3.
6. Dokumentasi Keperawatan Penulis mampu mendokumentasikan proses asuhan keperawatan sesuai dengan teori tanpa adanya hambatan pada lansia Ny.W dengan Diabetes Melitus Pada Katz Indeks A Di Kampung Taraju RT 003, RW 004 Desa Salamnunggal Kecamatan Leles Kabupaten Garut.

B. REKOMENDASI

1. Bagi Mahasiswa Supaya bisa menjadi referensi dalam membuat Karya Tulis Ilmiah dan penyuluhan kepada masyarakat bagi mahasiswa keperawatan dalam memperluas wawasan mengenai pasien dengan Diabetes Melitus dengan adanya pengetahuan dan wawasan yang luas, mahasiswa akan mampu mengembangkan diri dalam masyarakat dan memberikan pendidikan kesehatan bagi masyarakat mengenai Diabetes Melitus , dan faktor-faktor pencetusnya serta bagaimana pencegahan untuk diabetes melitus tersebut
2. Bagi institusi pendidikan Institusi pendidikan dapat melakukan kerja sama baik dengan pihak puskesmas maupun dengan pelayanan kesehatan yang lainnya untuk melakukan pemeriksaan gula darah, penyuluhan tentang diabetes mellitus kepada masyarakat diekitar kampus guna meningkatkan kesadaran masyarakat terhadap bahayanya penyakit diabetes mellitus apabila tidak segera diobati.
3. Bagi pasien dan keluarga Pasien dan keluarga diharapkan dapat memahami pengetahuan tentang diabetes mellitus yang telah diberikan. Serta keluarga harus selalu memberikan dorongan, motivasi, dan do'a agar pasien semangat untuk sembuh dan rutin melakukan pemeriksaan cek kadar gula darah.
4. Bagi puskesmas Diharapkan puskesmas dapat melakukan kunjungan penyuluhan rutin tentang diabetes mellitus kepada masyarakat terutama kepada lansia yang sangat rentan terhadap penyakit diabetes mellitus. Agar masyarakat tahu lebih dalam apa itu penyakit diabetes mellitus sehingga masyarakat akan lebih menjaga kesehatannya.

DAFTAR PUSTAKA

- Infodatin Diabetes Melitus. (2020). *Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). *Pedoman Pelayanan Kesehatan Lansia di Puskesmas*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Lariwu, L., dkk. (2024). Risiko Diabetes pada Lansia. *Jurnal Kesehatan Indonesia*, 7(2), 112–120.
- Maghfuroh, I., Nursalam, & Rahmawati, Y. (2021). *Keperawatan Gerontik: Konsep dan Penerapan pada Lansia*. Yogyakarta: Media Nusa Creative.
- Ozougwu, J. C., Obimba, K. C., Belonwu, C. D., & Unakalamba, C. B. (2013). The Pathogenesis and Pathophysiology of Type 1 and Type 2 Diabetes Mellitus. *Journal of Physiology and Pathophysiology*, 4(4), 46–57.
- Pamungkas, W. (2021). Manifestasi Klinis Diabetes dan Strategi Penanganannya. *Jurnal Kesehatan Komunitas*, 9(1), 55–61.
- PPNI. (2017). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI)*. Jakarta: DPP PPNI.
- Puzzy Handayani & Puspita Sari. (2020). *Gerontologi: Teori dan Aplikasi dalam Keperawatan*. Yogyakarta: Deepublish.
- Rahmasari, D. (2019). Dasar-dasar Ilmu Patofisiologi Diabetes Melitus. *Jurnal Ilmu Kesehatan*, 7(2), 123–130.
- Saputri, D. (2016). *Komplikasi Diabetes dan Pencegahannya*. Bandung: Refika Aditama.
- Sihotang, H. (2017). *Dasar-Dasar Diabetes Melitus*. Medan: Widya Medika.
- Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah: Brunner & Suddarth*. Jakarta: EGC.
- Sunaryo, dkk. (2016). *Proses Keperawatan Gerontik*. Bandung: Alfabeta.
- Suswitha, Y., Maryam, R. S., & Handayani, P. (2020). *Keperawatan Lanjut Usia*. Jakarta: Salemba Medika.

- Tarwoto, H. D., & Wartonah. (2017). *Pengantar Ilmu Keperawatan Gerontik*. Jakarta: Salemba Medika.
- Tandra, H. (2020). *Diabetes Melitus: Panduan Lengkap*. Jakarta: EGC.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 13 Tahun 1998 Tentang Kesejahteraan Lanjut Usia. (1998). Jakarta: Sekretariat Negara.
- Wisoedhanie Widi A. (2021). Proses Menua dan Implikasinya dalam Keperawatan. *Jurnal Keperawatan Nusantara*, 8(2), 88–94.

Lampiran I

Nama : Shelomita Ananda Ramdani

NIM : KHGA22087

Pembimbing : Dede Suharta, S.Kep., M.Pd

Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada Ny. W dengan Diabetes mellitus KATZ Indeks A di Kampung Taraju RT 003 / RW 004 Desa Salamnunggal Kecamatan Leles di Wilayah Kerja UPT Puskesmas Leles Garut

No	Tanggal Bimbingan	Materi Yang Dikonsulkan	Catatan Pembimbing	Tanda Tangan	
				Pembimbing	Mahasiswa
1.	Selasa, 4 Juni 2025	BAB I	– Perbaiki cover dan judul pada KTI – Perbaiki penulisan data penyakit		
2.	Rabu, 5 Juni 2025	BAB I	– Perbaiki spasi – ACC BAB I – Lanjut BAB II		

3.	Selasa, 13 Juni 2025	BAB II	– Persingkat teori – Rapikan tabel menjadi 1 spasi		
4.	Jum'at 13 Juni 2025	BAB II	– Rapikan margin pada pathway – Tambahkan materi SOAPIE pada teori – Lanjtkan BAB III		
5.	Senin, 16 Juni 2025	BAB III	– Lengkapi pemeriksaan persistem – Sesuaikan analisa berdasarkan pengkajian		
6	Rabu, 18 Juni 2025	BAB III	– ACC BAB II – Rapikan penulisan pada implementasi dan catatan perkembangan		
7.	Selasa, 24 Juni 2025	BAB III	– Lengkapi kesenjangan antara tinjauan teoritis dan tinjauan kasus – Lanjut BAB IV		

8.	Kamis, 26 Juni 2025	BAB IV	– ACC BAB III – Persingkat kesimpulan – Lengkapi abstrak dan kesimpulan – Lanjutkan PPT		
9.	Senin, 30 Juni 2025	BAB I BAB II BAB III BAB IV	– ACC		

LAMPIRAN II

SATUAN ACARA PENYULUHAN

DIABETES MELITUS (DM)

Pokok Bahasan	: Diabetes Melitus (DM)
Sasaran	: Audien (semua kalangan)
Waktu	: 30 Menit
Tanggal	: 2 Mei 2025
Tempat	: Rumah Ny. W

A. Tujuan Umum :

Setelah menyimak dan mendengarkan pembahasan materi Diabetes Melitus ini diharapkan masyarakat dapat mengetahui dan memahami apa itu Diabetes Melitus, gejala Diabetes Melitus, pencegahan dari Diabetes Melitus, dan makanan yang boleh dan tidak boleh di makan oleh penderita Diabetes Melitus.

B. Sub Pokok Bahasan

Setelah dilakukan pendidikan kesehatan tentang Diabetes Melitus (DM) selama 30 menit, diharapkan Klien dan Keluarga mampu:

1. Pengertian Diabetes Melitus (DM)
2. Penyebab dan DM
3. Tanda dan gejala DM
4. Jenis makanan yang Rendah Gula
5. Jumlah makanan sesuai aturan diet DM
6. Pentingnya Diet bagi penderita DM
7. Hal yang dilakukan setelah menderita DM

C. Kegiatan penyuluhan

1. Metode : Ceramah, Diskusi dan Tanya jawab.

2. Strategi Pelaksanaan :

Waktu	Tahap	Respon
5 Menit	Orientasi : a. Mengucapkan Salam b. Memperkenalkan diri c. Menjelaskan maksud dan tujuan d. Menanyakan ketersediaan dan kontrak waktu	Menyimak dan mendengarkan
15 Menit	Kerja : a. Memulai Pendidikan Kesehatan b. Menjelaskan pengertian tentang Diabetes Melitus (DM) c. Menjelaskan jalan penularan Diabetes Melitus (DM) d. Menjelaskan pengaturan penatalaksanaan mencegah penyakit Tuberculosis dengan cara Menerapkan Etika Batuk dengan benar (DM)	Menyimak dan mendengarkan
15 Menit	Terminasi: a. Melakukan evaluasi b. Memberikan kesimpulan c. Menutup pendidikan kesehatan d. Memberikan salam penutup	Mempraktekan Menjawab pertanyaan Menyimak Menjawab salam penutup

D. Media**Leaflet****E. Evaluasi****1. Evaluasi Persiapan**

- a. Materi sudah siap 1 hari sebelum pendidikan kesehatan
- b. Media sudah siap 1 hari sebelum pendidikan kesehatan
- c. Tempat sudah siap 2 hari sebelum pendidikan kesehatan
- d. SAP sudah jadi 1 hari sebelum pendidikan kesehatan

2. Evaluasi Proses

- a. Peserta hadir tepat waktu
- b. Peserta kooperatif serta aktif bertanya
- c. Media digunakan secara efektif

3. Evaluasi Hasil

- a. Peserta dapat memahami jalan penularan Diabetes Melitus
- b. Peserta dapat mengetahui cara mencegah penyakit Diabetes Melitus
- c. Peserta dapat meningkatkan kesehatan secara keseluruhan

TINJAUAN MATERI

1. Pengertian Diabetes Melitua (DM)

Diabetes Melitus adalah suatu penyakit dimana kadar glukosa di dalam darah tinggi karena tubuh tidak dapat menghasilkan atau menggunakan insulin secara efektif. Insulin adalah hormon yang dilepaskan oleh pancreas, yang bertanggungjawab dalam mempertahankan kadar gula darah yang normal. Insulin memasukkan gula kedalam sel sehingga bias menghasilkan energi atau disimpan sebagai cadangan energi.

Ada beberapa jenis diabetes melitus, yaitu:

Diabetes Tipe 1:

Terjadi ketika tubuh tidak bisa memproduksi insulin sama sekali karena kerusakan pada sel beta pankreas. Penderitanya biasanya membutuhkan suntikan insulin seumur hidup.

Diabetes Tipe 2:

Terjadi ketika tubuh tidak cukup memproduksi insulin atau insulin yang dihasilkan tidak efektif digunakan (resistensi insulin). Jenis ini paling umum terjadi, sering kali terkait dengan gaya hidup tidak sehat dan obesitas.

Diabetes Gestasional:

Terjadi selama kehamilan dan biasanya hilang setelah melahirkan, namun meningkatkan risiko ibu mengalami diabetes tipe 2 di kemudian hari.

2. Penyebab Diabetes Melitus(DM)

- Faktor Keturunan
- Faktor Usia
- Kegemukan
- Kurang gerak
- Usia (65 keatas)
- Riwayat Keluarga
- Obat-obatan

3. Tanda Dan Gejala Diabetes Melitus (DM)

- Sering merasa haus
- Sering kencing terutama malam hari
- Pandangan menjadi kabur
- Sering merasa lelah tanpa sebab yang jelas dan mengantuk.
- Penurunan berat badan
- Kulit terasa kering
- Sering menderita sariawan atau infeksi (misalnya bisul) yang sulit sembuh
- Mati rasa atau kesemutan di kaki dan tangan
- Mual dan muntah

4. Hal yang dilakukan setelah menderita DM

- a. Olahraga teratur
- b. Pengaturan makan
- c. Minum obat secara teratur
- d. Periksa kadar gula darah secara rutin sebulan sekali

DAFTAR PUSTAKA

SAP Pada Pasien Diabetes Melitus

<https://id.scribd.com/document/612564049/SAP-Pada-pasien-Diabetes-melitus>

Diakses Pukul Tanggal 30 April 2025 Pukul 14.30

LAMPIRAN III

AYO KENALI DIABETES MELITUS



Shelomita Ananda Ramdani
KHGA22087



Apa itu diabetes melitus?

Diabetes Melitus (DM)
atau
lebih dikenal dengan
"PENYAKIT GULA" atau
"KENCING MANIS"

merupakan kondisi
dimana
kadar gula darah lebih
dari
normal.

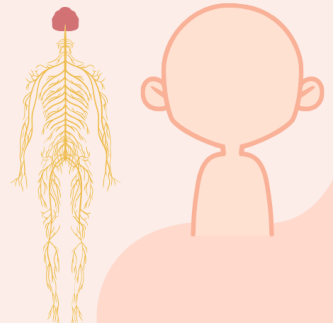
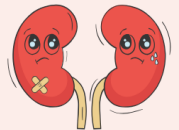
Diabetes Melitus terjadi
karena hormon insulin tidak
dapat digunakan secara
efektif untuk mengatur gula
darah agar seimbang
sehingga terjadi peningkatan
konsentrasi gula di dalam
darah (hiperglikemia)
(Infodatin, 2018).



KOMPLIKASI

yang dapat terjadi apabila
penderita DM tidak dirawat
dengan baik sehingga gula
darah selalu tinggi adalah :

1. GINJAL
2. JANTUNG
3. MATA
4. SYARAF
5. KULIT



Apa saja gejala terkena Diabetes Melitus

Gejala khas

1. Poliluria (banyak kencing)



2. Polidipsi (banyak minum)



3. Polifagia (banyak makan)



Gejala tidak khas

1. cepat lelah
2. kesemutan
3. luka yang sulit sembuh
4. penglihatan kabur
5. berat badan menurun
6. gatal di daerah kemaluan pada wanita
7. mudah mengantuk
8. bisul hilang timbul

KLASIFIKASI

DM TIPE 1

Umumnya menyerang masa kanak-kanak dan remaja walaupun ada juga pada masa dewasa <40 tahun.



BAGAIMANA PENCEGAHANNYA?

1. Menjaga Berat Badan Ideal
2. Makan Makanan Bergizi Seimbang
3. Olahraga Teratur
4. Rutin Memeriksa Gula Darah
5. Berhenti Merokok
6. Mengelola Stres
7. Menghindari Konsumsi Alkohol Berlebihan



DM TIPE 2

Pada usia tua, umumnya >40 tahun



DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Shelomita Ananda Ramdani
Nim : KHGA22087
Tempat, tanggal lahir : Garut, 27 Mei 2004
Alamat : Kp. Lempong Rt01/RW12 Desa Sukaraja
Email : Shelomitaoca27@gmail.com
Instagram : Sheanandaa

Riwayat Pendidikan

Tk 2009-2010

SDN SUKARAJA 1 2010-2016

SMPN 1 LELES 2016-2019

SMAN 2 GARUT 2019-2022

STIKes Karsa Husada Garut 2022 - Sekarang